



UC/FPCE 2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocrítica

Cátia Domingues Garcia (e-mail: catia.d.garcia@gmail.com)

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

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocrítico

Resumo

Turner, Beidel e Townsley (1992), defendiam a inclusão no subtipo generalizado dos indivíduos que apresentam ansiedade elevada em situações de interação social e no subtipo específico os sujeitos que apresentam medo em situações de desempenho. No entanto, apenas com o DSM-5, aparece o especificador *Específico* para designar ansiedade restrita a situações de desempenho.

No presente estudo pretendeu-se, recorrendo a uma amostra de adolescentes, estudar a fobia social generalizada (FSG) comparativamente à fobia social específica (FSE), no que se refere à vergonha interna, vergonha externa, autocrítico e impacto (interferência, comorbilidade e qualidade de vida). Foram usados como grupos de controlo adolescentes com outras perturbações de ansiedade (OPA) e sujeitos sem psicopatologia. A amostra total foi constituída por 231 adolescentes que responderam a questionários de autorresposta e a uma entrevista de diagnóstico semiestruturada (ADIS-C).

Os resultados encontrados mostraram que os grupos de fobia social generalizada e fobia social específica não se diferenciaram significativamente no que se refere à vergonha interna, vergonha externa e autocrítico. No entanto, enquanto no grupo FSG se verificaram correlações significativas entre ansiedade social e vergonha e autocrítico, no grupo FSD não se revelou uma associação entre ansiedade aos testes, vergonha e autocrítico. O grupo FSG apresentou maiores níveis de sintomatologia depressiva. No entanto, os grupos apenas se diferenciaram na qualidade de vida na dimensão *Suporte Social*. A vergonha interna, os fatores de vergonha externa *Inferioridade e Reação dos outros aos meus erros* e os evitamentos e o desconforto mostraram ser preditores de ansiedade social. Já o autocrítico não mostrou ter um papel preditor na ansiedade social. Apenas a sintomatologia depressiva mostrou ser um preditor significativo de ansiedade aos testes. Análises de regressão mostraram que o desconforto, os evitamentos e a sintomatologia depressiva são preditores de interferência.

Palavras-chave: Ansiedade Social, Fobia Social Específica, Vergonha Interna, Vergonha Externa, Autocrítico, Qualidade de Vida

Specific and generalized social phobia: differences and similarities in relation with shame and autocriticism

Abstract

Turner, Beidel and Townsley (1992), defend the inclusion in the generalized subtype of individuals, who present high anxiety in interactional social situations, and in the specific subtype, people who present fear in performance situations. However, only with the DSM-5 was this subtype included, to designate anxiety limited to performance situations.

In this present study, using an adolescent sample, we aimed to study the generalized social phobia (GSP) compared to specific social phobia (SSP), in internal shame, external shame, self-criticism and impact (interference, comorbidity and life quality). As control group, adolescents with other anxiety disorder (OAD) and adolescents without psychopathology were used. The total sample was constituted by 231 adolescents, who answered to self-answering questionnaires and a semi-structured diagnostic interview.

Results showed that the groups with generalized social phobia and with specific social phobia did not differ significantly in terms of internal shame, external shame and self-criticism. Nevertheless, while in the group with generalized social phobia, significant correlations with the previous variables were verified, in the group with specific social phobia, this did not happen. Generalized social phobia group presented higher levels of depressive symptomatology; however, the groups only differed regarding quality of life in the *Social Support* dimension. Internal shame, and external shame factors *Inferiority* and *Reaction of others to my mistakes* showed to be predictors of social anxiety. Self-criticism, on the other hand, did not have a predictive role in social anxiety. Only depressive symptomatology showed to be a significant predictor of anxiety to tests. Regression analyses demonstrated that discomfort, avoidance and the depressive symptomatology are interference predictors.

Key Words: Social Anxiety, Specific Social Anxiety, Internal Shame, External Shame, Self-criticism, Quality of Life

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria do Céu Salvador, pela disponibilidade constante, pelos conselhos, pela sabedoria, pela boa disposição e por ser um exemplo de profissionalismo e muito mais.

Ao Professor Doutor José Pinto-Gouveia por me ter mostrado que a busca pelo conhecimento nunca pode terminar.

Aos meus pais, por todos os esforços que fizeram para que tudo isto se tornasse verdade, pelo apoio e por acreditarem sempre em mim.

À minha irmã Jéssica que, apesar de tudo isto lhe ser ainda um pouco indiferente, esteve presente em todos os momentos.

Aos meus avós, pelo seu apoio incondicional e por mostrarem constantemente o seu orgulho.

Ao Pedro, por ser muito mais do que um namorado, por ser um amigo, por ter estado presente em todos os momentos, por ter paciência nos momentos de ausência, por ter ouvido muitas resmunguices e ter feito todos os possíveis para facilitar esta longa caminhada.

À Alexandra por ter partilhado comigo tantos momentos de desespero mas também de alegrias e vitórias. Nunca se sabe quando, numa qualquer fila não se encontra uma amiga para a vida.

À Cátia, por ter aparecido tarde neste percurso mas por ter feito uma diferença tão grande. Pelos telefonemas, pelas inúmeras viagens e por rir sempre comigo quando a vontade de chorar é maior.

Aos colegas e amigos que levo deste curso e desta cidade.

Ao André e à Tânia que, julgando não terem dado o seu contributo neste trabalho, deram o mais importante, a sua amizade.

Às colegas de tese, pelo trabalho de equipa que levámos a cabo e por termos feito este percurso juntas.

Às escolas que nos ajudaram, sempre prestáveis a cada contacto.

Aos alunos e pais porque sem eles nada disto teria sido possível. Por nos terem ajudado nesta tarefa, mesmo que sem terem essa noção e por nos terem possibilitado tantas aprendizagens.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Ansiedade Social numa perspetiva evolucionária

A ansiedade social apresenta vantagens adaptativas que são essenciais à sobrevivência do indivíduo. As perspetivas evolucionárias postulam que a evolução da ansiedade na espécie humana se deve às hierarquias de dominância-submissão, ou seja, de comparação social, sendo que estas resultam dos sistemas de organização social grupal que integraram o sistema genético humano (Gilbert & Trower, 2001; Marshall, 1994). De facto, as respostas de ansiedade social têm relevância já que estão implicadas na promoção da integração do indivíduo no grupo, levando a que este se mantenha preocupado acerca da forma como os seus comportamentos, discurso e/ou aparência terão impacto nos outros (Gilbert, 2001). Não obstante, quando a ansiedade toma proporções exageradas, leva a interferência no funcionamento habitual do sujeito e experiências prolongadas de grande desconforto e desgaste emocional (Cunha, Pinto-Gouveia, & Soares, 2007). Assim, a ansiedade social adaptativa e funcional distingue-se da perturbação de ansiedade social, em termos das suas manifestações, ou seja, em termos da frequência e intensidade com que sujeitos experienciam os sintomas de ansiedade (Kearney & Drake, 2002).

Ansiedade social e perturbação de ansiedade social na adolescência

A fobia social pode ser definida por um medo intenso e duradouro de uma ou mais situações de sociais e de desempenho em que o sujeito se encontra exposto à observação dos outros e experiencia o medo de se comportar de forma humilhante ou embaraçosa. A ansiedade sentida não é proporcional à ameaça real. As situações sociais e de desempenho são evitadas ou enfrentadas com grande mal-estar. A perturbação de ansiedade social só é diagnosticada quando a ansiedade se torna tão intensa e generalizada que causa um sofrimento significativo ou prejudica a capacidade de funcionamento do indivíduo. No DSM-5 surge o especificador para ansiedade restrita a situações de desempenho em público.

Subtipos da Ansiedade Social

Variados são os estudos que tentam delimitar os subtipos desta perturbação tendo por base critérios de várias ordens (e.g. Hofmann et al., 1999; Piqueras, Olivares, & López-Pina, 2008; Stemberger, Turner, Beidel, & Calhoun, 1995; Vriends, Becker, Meyer, Michael, & Margraf, 2007). Na generalidade, a bibliografia aponta para a existência de dois subtipos de ansiedade social significativa, a fobia social generalizada, referente à ansiedade sentida na maioria das situações sociais, e a fobia social não generalizada, sentida num número mais reduzido de situações sociais (APA, 2000; Meca, Alcázar, & Rodríguez, 2004). A distinção por subtipos tem-se dividido em duas perspetivas distintas, quer tendo por base aspetos quantitativos, quer tendo por base aspetos qualitativos.

Assim, segundo autores como Hofmann et al. (1999) e Vriends et al. (2007) a distinção entre a Fobia Social Generalizada e Fobia Social não Generalizada deve ser efetuada de uma forma quantitativa, defendendo estes autores a existência de um *continuum* de gravidade dentro desta entidade

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocrítismo

Cátia Domingues Garcia (e-mail:catia.d.garcia@gmail.com) 2013

clínica. Neste sentido, a Fobia Social generalizada representaria a forma de ansiedade social mais grave e o subtipo não generalizado um tipo menos grave ou com menos interferência. Nesta mesma perspectiva, alguns autores têm referido a existência de três subtipos de fobia social: o subtipo *generalizado*, quando estão limitadas todas as áreas de funcionamento do sujeito; o subtipo *não-generalizado*, quando o sujeito mantém o funcionamento de, pelo menos, uma área da sua vida sem ansiedade significativa; e o subtipo *circunscrito* quando o sujeito manifesta ansiedade intensa em apenas uma ou duas situações (Heimberg, Holt, Schneider, Spitzer, & Liebowitz, 1993).

Já na perspectiva qualitativa, os autores centram-se essencialmente no tipo de situações sociais temidas (e.g. Turner, Beidel e Townsley, 1992). Assim, incluir-se-iam no subtipo generalizado os indivíduos que apresentam ansiedade elevada em situações de interação social e no subtipo específico os sujeitos que apresentam medo em situações de desempenho. Esta conceptualização implica, segundo McNiel (2001), que a fobia social generalizada e a específica são dois distúrbios diferentes, apesar de terem semelhanças fenotípicas.

Também no que toca às manifestações clínicas parece haver diferenças entre os subtipos. Os sujeitos com diagnóstico de fobia social generalizada começam a apresentar sintomatologia mais precocemente, mostram maiores níveis de introversão, sintomas mais severos e maior taxa de psicopatologia associada, quando comparados com os sujeitos com fobia social específica (Turner et al, 1992). Já no subtipo fobia social de específica, os estudos são escassos e, é clara a falta de consenso dos estudos efetuados, ainda mais quando se trata da população infantil e adolescente (Salvador, 2009).

Dados epidemiológicos

A fobia social tende a surgir no tempo que medeia o final da infância e o início da adolescência (Soares, 2000). O pensamento abstrato desenvolvido nesta altura permite uma maior capacidade de entendimento e reflexão acerca dos seus próprios pensamentos, tendo em linha de conta os pontos de vista dos outros (Papalia, Olds, & Fedman, 2001).

A fobia social apresenta-se como uma perturbação com elevada taxa de prevalência e com um habitual curso crónico (APA, 2000). Cunha, Soares, & Pinto-Gouveia (2008) encontraram, como estimativa de prevalência, que entre 1.1% e 41% da população geral adolescente apresenta algum grau de ansiedade social ou específica. Também outros estudos têm mostrado que 51.7% dos adolescentes, da população geral, referem sentir ansiedade significativa em pelo menos uma situação social e que esta tem interferência em alguma área da sua vida. Destes, apenas cerca de 3.6% poderiam preencher critérios para uma perturbação de ansiedade social (Cunha, 2005; Cunha, et al., 2007). Carvalho (2012) verificou que a prevalência da ansiedade social elevada, em sujeitos da população normal, variou entre 4% e 14.3%, sendo esta percentagem mais reduzida consoante os critérios de definição de interferência se tornam mais exigentes. No que

se refere à ansiedade específica, na mesma população, a autora encontrou uma prevalência entre 1.5% e 3%, dependendo, igualmente, da exigência do critério utilizado.

No que se refere às diferenças entre géneros, o que parece verificar-se é uma prevalência superior desta perturbação no género feminino (APA, 2002; Beesdo et al., 2007; Essau, Conradt, & Petermann, 1999; Wittchen, 1999), embora seja o género masculino quem mais procura ajuda clínica (Beidel, Turner, & Morris, 1999; Fehm, Beesdo, Jacobi & Fiedler, 2008; Fernandes & Terra, 2008; Furmark, 2002). Também no estudo de Carvalho (2012) as raparigas apresentaram percentagens superiores de ansiedade social, comparativamente aos rapazes, independentemente do critério utilizado.

Comorbilidade na Fobia Social

Um estudo de Fehm, Pelissolo, Furmark e Wittchen (2008) mostrou que jovens com perturbação de ansiedade social têm uma probabilidade aumentada de sofrer de outro transtorno comórbido. De facto, muita da importância da fobia social não reside apenas no facto de esta perturbação ser altamente incapacitante, mas também por existir uma elevada comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas (Pinto-Gouveia, 1997). Turner, Beidel, Borden, Stanley e Jacob (1991) encontraram que mais de 50% dos doentes com fobia social apresentava outra perturbação em comorbilidade. No que se refere a amostras de crianças e adolescentes as percentagens de comorbilidades variam entre os 54.6% (Cunha, 2005) e 62.2% para os mais novos e rondam os 47.4% para os adolescentes (Rao *et al.*, 2007). Também Beidel et al (1999) encontraram uma percentagem de comorbilidade de 60%. Salvador (2009) encontrou uma percentagem de 70.8% e Carvalho (2012) uma percentagem de 51.3%, ambos os estudos em amostras clínicas de adolescentes. No que se refere a quadros comórbidos específicos, verifica-se uma elevada associação com outras perturbações de ansiedade, nomeadamente fobias específicas (Carvalho, 2012; Salvador, 2009; Wittchen, Stein, & Kessler, 1999), perturbação de ansiedade generalizada, ansiedade de separação, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação de pânico com e sem agorafobia (Beidel *et al.*, 1999; Acarturk *et al.*, 2008). Tendo em linha de conta a comorbilidade da fobia social com perturbações do humor, os autores têm verificado a existência de relação entre a perturbação de ansiedade social e quadros de distímia e perturbação depressiva *major* (Beidel et al., 1999; Beidel & Stipelman 2007; Carvalho, 2012; Cunha, 2005; Rao et al, 2007; Stein & Chavira, 1998).

Vários estudos têm referido que a existência de psicopatologia comórbida agrava o curso da fobia social e leva à exacerbação do impacto negativo da mesma. Além disso, quando analisada a perturbação que surgiu primeiramente, a maioria dos sujeitos com perturbação de ansiedade social relata este quadro como tendo surgido anteriormente às outras condições comórbidas (Carvalho, 2012; Kessler, 1999; Wittchen *et al.*, 1999, Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Muller, & Liebowitz, 2000). Tal aspeto parece sugerir que

a fobia social pode aumentar a probabilidade do desenvolvimento de perturbações psicológicas comórbidas.

Qualidade de vida e Fobia Social

Tendo em linha de conta a importância das relações interpessoais na construção da identidade do sujeito e a frequência no ensino escolar obrigatório, serão importantíssimas as consequências negativas desta perturbação no decurso da adolescência e as suas repercussões óbvias na qualidade de vida dos sujeitos. Numa meta-análise de literatura realizada por Olatunji, Cisler e Tolin (2007) verificou-se a existência de uma menor qualidade de vida em sujeitos com perturbações de ansiedade, independentemente do diagnóstico, comparativamente a controlos normais. Por sua vez, elevados níveis de ansiedade social mostram ter um impacto negativo em termos de funcionamento com os pares e na perceção das amizades e de suporte social (La Greca e López, 1998), manifestando-se na perceção de menor quantidade de amigos, o que leva os sujeitos a sentirem-se mais sozinhos (Beidel & Stipelman, 2007; Carvalho, 2012). Spence, Donovan e Brechman-Toussaint (1999), observaram, num estudo com adolescentes, que os sujeitos com ansiedade social elevada se autoavaliavam e foram avaliados pelos seus pais como menos competentes socialmente e menos assertivos nas suas interações com os colegas.

A ansiedade específica, nomeadamente na realização de tarefas em âmbito escolar, é uma das condições mais prevalentes nos adolescentes (Beidel & Turner, 1988). A ansiedade sentida parece prejudicar a preparação dos alunos o que leva a um menor desempenho, apesar de o aluno deter os conhecimentos para obter melhor resultado (Cassidy & Johnson, 2002; McDonald, 2001). A ansiedade nestas situações pode ser tão elevada que os adolescentes podem chegar a evitar situações de avaliação (McDonald, 2001). Têm ainda sido verificados indicadores de reduzida probabilidade de continuação ou de finalização dos estudos para o nível universitário (Stein & Kean, 2000).

É de ressaltar que os estudos têm mostrado uma maior interferência na vida do sujeito no subtipo generalizado (Cunha, 2005; Wittchen *et al.*, 1999; Wong, Sarver, & Beidel, 2012) e quando existem perturbações comórbidas associadas (Carvalho, 2012; Wittchen *et al.*, 2000).

Vergonha

A vergonha é uma resposta automática do sistema de defesa do sujeito, que, quando percebe um estímulo considerado ameaçador, não necessariamente real, leva a cabo um conjunto de respostas com o objetivo de defesa do organismo (Gilbert, 2000b). Desta forma, a vergonha desempenha uma função adaptativa e funcional, na medida em que se encontra relacionada com a sobrevivência do sujeito e com o evitamento da rejeição e exclusão social, denotando-se a necessidade humana de apresentar características positivas ao outro (Gilbert & Miles, 2000). Comparativamente aos restantes seres vivos, para os quais a maior fonte de ameaça é a superioridade física do outro, nos humanos o principal fator de

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocritismo

ameaça percebido é a potencial perda de estatuto social, ou seja, a descida no *ranking social*. Esta perda de estatuto nas hierarquias sociais está relacionada com a perda de recursos sociais (e.g. parceiros sexuais), já que os melhores recursos se encontram destinados aos sujeitos mais positivamente colocados socialmente (Gilbert, 2000b; Gilbert, 2002).

Segundo Gilbert (2002), a vergonha pode ser interpretada como uma experiência multifacetada que integra vários componentes. Assim, existe um *componente cognitivo social/externo* que se refere ao facto de os afetos associados à vergonha surgirem, sobretudo, em contextos sociais e se relacionarem com pensamentos automáticos de que os outros percebem o Eu como sendo inferior, inadequado e defeituoso; um *componente de autoavaliação interna*, já que a vergonha envolve avaliações do Eu como mau, inadequado e defeituoso, encontrando-se aqui uma associação com os pensamentos automáticos negativos acerca do próprio (autocriticismo e ataques ao Eu) e com a internalização destes pensamentos; um *componente emocional*, já que a vergonha se encontra associada à ansiedade, raiva, repulsa e interrupção ou perda do afeto positivo; um *componente fisiológico* que se encontra relacionado com o *stress*, embora a sua natureza não seja totalmente clara; e finalmente, um *componente comportamental*, que se refere à existência de determinados comportamentos defensivos como a inibição comportamental, o evitamento e a fuga.

A emoção de vergonha é habitualmente avaliada como tendo um carácter negativo, intenso e que conduz a incapacidade (Tangney, Miller, Flicker, & Barlow, 1996). Segundo Gilbert (2002) e Kaufman (1989), a vergonha pode ser a mais dolorosa das emoções. O sujeito tem a percepção de que está a ser alvo de crítica pelos outros, que é indesejado e não atrativo (Gilbert & Miles, 2000). Assim, a experiência de vergonha encontra-se intimamente relacionada com uma autoavaliação do *self* como sendo inferior aos demais, inadequado e com defeitos, existindo para além disso, uma percepção de heteroavaliação no mesmo sentido (Gilbert & Andrews, 1998). Sendo uma experiência emocional interna, a vergonha, é, igualmente, uma experiência decorrente de, e que detém influência na interação social (Gilbert, 2000). De facto, este sentimento pode ter um carácter tão avassalador relativamente à forma como o sujeito pensa existir na mente dos outros, que a pessoa integra essas percepções de avaliação depreciativa, como necessariamente verdadeiras (Lee, 2010).

Vergonha interna e vergonha externa

De acordo com Gilbert (2007), a vergonha pode ser diferenciada em duas formas distintas, nomeadamente, a vergonha interna e a vergonha externa.

A vergonha interna verifica-se pela possibilidade de internalização da vergonha associada a sentimentos negativos acerca dos nossos próprios atributos ou comportamentos (Kaufman, 1989). Assim, encontra-se relacionada com as cognições e afetos que o sujeito tem acerca das suas características, atributos de personalidade ou comportamentos (Gilbert, 2000b). Quando o sujeito integra esta visão menos positiva de si passa a

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocriticismo

autoavaliar-se de forma negativa e constrói a sua identidade à volta destes sentimentos de inadequação e rejeição (Gilbert, 2002b).

A vergonha externa encontra-se presente quando o cerne se encontra naquilo que o sujeito julga que os outros pensam acerca de si. Assim, o sujeito teme que os outros o percecionem como inferior, defeituoso e incompetente e que tal possa resultar em rejeição, ataque ou perda da atratividade aos olhos dos outros (Gilbert, 2000b). Acontece que, apesar de tudo, os sujeitos podem não se sentir desajustados ou defeituosos - vergonha interna - mas o medo de serem rejeitados - vergonha externa - pode ser tão intenso que leva ao uso de comportamentos defensivos (Thompson & Kent, 2001).

Apesar de se aceitar a diferenciação destas duas tipologias, é inevitável a existência de uma correlação entre as cognições presentes na vergonha interna e as presentes na vergonha externa, sendo que em ambos os casos estas cognições se referem a atributos negativos do *self* (Goss, Gilbert, & Allan, 1994).

Vergonha e Ansiedade Social

Estudos que relacionem a ansiedade social enquanto perturbação e a vergonha são escassos. Apesar disso, coexistem nestes constructos um conjunto de aspetos fulcrais para a compreensão da natureza do medo e dos comportamentos de evitamento adotados (Januário, 2011). A origem da vergonha provém das relações sociais, nas quais os sujeitos interagem, avaliam e se julgam a si e aos outros. A vergonha encontra-se diretamente relacionada com o medo da rejeição e da ridicularização em contextos sociais (Gilbert, 2000; Gilbert & Andrews, 1998), pelo que, tanto a vergonha como a ansiedade social podem ser encaradas como estratégias de submissão quando os sujeitos sentem que se encontram vulneráveis à perda da posição social, à rejeição ou à crítica (Gilbert e McGuire, 1998).

Em população adulta, Gilbert (2000b), encontrou correlações elevadas entre ansiedade social e vergonha interna e externa. O medo de avaliação negativa também se encontrava relacionada com a vergonha, embora num grau menor. O mesmo autor verificou que o comportamento de submissão se encontrava altamente correlacionado com a vergonha. Também Xavier (2011) encontrou correlações entre os dois tipos de vergonha e a ansiedade social, sendo que, entre os principais preditores de ansiedade social se encontram a vergonha interna e externa.

Em termos de estudos na população adolescente portuguesa podem-se apresentar os seguintes. Figueira (2010) verificou a existência de uma relação negativa e significativa entre medidas de comparação social e vergonha, verificando-se correlações mais elevadas no fator “Inferioridade” da escala de vergonha externa. Januário (2011) verificou a existência de uma relação significativa entre a ansiedade social e a vergonha interna e externa. No mesmo estudo verificou-se que o fator “Inferioridade” da escala de vergonha externa se mostrou o melhor preditor de ansiedade social. Também Carvalho (2011) encontrou uma relação significativa entre vergonha externa e ansiedade social, principalmente no fator “Inferioridade”, mostrando-se a

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocritismo

vergonha externa como um preditor significativo de ansiedade social, em ambos os géneros. Rebelo (2012), encontrou igualmente uma associação entre ansiedade social e vergonha interna e externa, sendo que ambos mostraram ser preditores de ansiedade social, salientando-se, contudo, a vergonha externa.

Autocriticismo

O autocriticismo é uma forma de relação do Eu consigo mesmo, sendo que uma parte do Eu descobre em si defeitos, se condena e, eventualmente, se detesta. Segundo Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons (2004), o autocriticismo assume-se como um processo complexo que contempla distintas funções e formas. Quanto às formas, o *Eu-inadequado* relaciona-se com experiências de perceção de erros e inadequação perante os fracassos. Esta forma de autocriticismo leva a que o sujeito perceba as críticas como merecidas, se sinta inferior aos outros e vencido pelos seus pensamentos autoderrotistas, resultando daqui uma capacidade reduzida de resistir aos fracassos. O *Eu-detestado* prende-se com a vivência de sentimentos de agressividade, repugnância e ódio e um desejo de eliminação de si mesmo. Já a forma de autotranquilização - *Eu-tranquilizador* - diz respeito à vontade do sujeito para se tranquilizar, reconfortar e ter compaixão por si mesmo. Esta forma contempla ainda a compreensão para com a condição atual e a instigação para o futuro (Gilbert et al., 2004).

No que se refere às funções, a *Autocorreção* diz respeito a uma autocrítica com índole de autocoersão que pretende evitar erros e favorecer o autoaperfeiçoamento. O sujeito encara esta espécie de pressão como sendo necessária “para o seu bem”. A *Autoperseguição* ou *Auto-ataque* prende-se com o desejo de vingança, de perseguir, agredir e magoar uma parte do *self* que é interpretada como tendo características negativas. Esta função é aquela que mais fortemente se encontra associada ao desenvolvimento de psicopatologia quando surgem no percurso do sujeito situações negativas (Gilbert et al., 2004).

O autocriticismo, pela sua natureza, forma e função encontra-se relacionado com a mentalidade de competição social, sendo uma estratégia grandemente adaptativa para lidar com situações de ameaça, de abuso e de hostilidade (Castilho, 2011). Cheung, Gilbert & Irons (2004) referem que o autocriticismo se encontra associado ao conceito de vergonha, estando relacionado com a forma como os sujeitos encaram situações de desapontamento pessoal (Amaral, Castilho & Pinto-Gouveia, 2010), e correlacionado com sentimentos de inferioridade perante os outros (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus e Palmer, 2006).

Autocriticismo e Ansiedade Social

No que se refere à influência do autocriticismo no desenvolvimento de psicopatologia, os estudos, essencialmente com sujeitos adultos, têm mostrado que este se pode constituir como um fator de vulnerabilidade para a depressão (Cox, Walker, Enns, & Karpinski, 2002; Pagura, Cox, Sareen, & Enns, 2006), para o estabelecimento de relações pobres com os pares

(Gilbert et al., 2004) e como tendo um importante papel no desenvolvimento, manutenção e curso da Fobia Social (Cox et al, 2002). Num estudo de Cox et al. (2002), verificou-se que após tratamento, as mudanças verificadas em termos de autocrítica tiveram impacto em medidas de Fobia Social. Neste estudo a ansiedade social mostrou-se apenas moderadamente correlacionada com o autocrítica. Cox, Fleet e Stein (2004), mostraram que indivíduos com fobia social apresentavam pontuações mais elevadas de autocrítica quando comparadas com sujeitos sem perturbações. Constatou-se ainda que indivíduos sem diagnóstico atual mas com história de perturbação de ansiedade social mostraram maiores níveis de autocrítica do que sujeitos sem perturbações. Também Shahar e Gilboa-Shechtman (2007) verificaram que o autocrítica se mostrou um fator preditor de ansiedade social.

No que se refere a estudos efetuados na população portuguesa e usando a faixa etária adolescente, encontramos no estudo de Rebelo (2012) que a relação entre ansiedade social e autocrítica foi estatisticamente significativa e moderada para os fatores *eu-inadequado* e *eu-detestado*. Quanto à autotranquilização, foi encontrada uma relação positiva, muito baixa e não significativa, entre esta e a ansiedade social. No mesmo estudo, o autocrítica não se revelou um preditor significativo da ansiedade social, ao contrário do estudo de Shahar e Gilboa-Shechtman (2007).

Por tudo aquilo que foi referido, é-nos possível salientar a necessidade premente de estudos que permitam compreender as diferentes características e manifestações clínicas do que pode parecer um quadro clínico relativamente estanque. Assim, o presente estudo teve como principal objetivo analisar, na população adolescente, as diferenças entre a Fobia Social Generalizada (FSG) e Fobia Social Específica (FSE), nomeadamente em situações de desempenho escolar, em termos da sua relação com variáveis evolucionariamente relacionadas [vergonha interna (VI), vergonha externa (VE) e autocrítica (AC)] e relativamente ao impacto na vida do adolescente. Foram ainda utilizados dois grupos de controlo, sujeitos com Outras Perturbações de Ansiedade (OPA) e sujeitos sem patologia (N). Apresentam-se seguidamente as hipóteses decorrentes destes objetivos.

Nas **análises intergrupos** colocam-se as seguintes hipóteses:

Vergonha Interna (VI), Vergonha Externa (VE) e Autocrítica (AC)

H1. Esperam-se pontuações significativamente superiores de VI e VE em indivíduos com FSG, comparativamente com sujeitos com FSE e pontuações significativamente superiores de VI e VE em indivíduos com FSE, comparativamente aos grupos OPA e N;

H2. Esperam-se, ainda, pontuações significativamente superiores de AC em indivíduos com FSG, comparativamente com sujeitos com FSE e pontuações significativamente superiores de AC em indivíduos com FSE, comparativamente aos grupos OPA e N; no mesmo sentido, esperam-se pontuações significativamente

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocrítica

inferiores no fator *Eu Tranquilizador* do FSCRS em indivíduos com FSG, comparativamente com sujeitos com FSE e pontuações significativamente inferiores no fator *Eu Tranquilizador* do FSCRS em indivíduos com FSE, comparativamente aos grupos OPA e N;

Depressão (D)

H3. Esperam-se pontuações significativamente superiores de D em indivíduos com FSG, comparativamente com sujeitos com FSE e pontuações significativamente superiores de D em indivíduos com FSE, comparativamente aos grupos OPA e N;

Qualidade de vida (QV)

H4. Esperam-se pontuações significativamente inferiores de QV em indivíduos com FSG, comparativamente com sujeitos com FSE e pontuações significativamente inferiores de QV em indivíduos com FSE, comparativamente aos grupos OPA e N;

Interferência (I)

H5. Não se esperam pontuações estatisticamente significativas de interferência atribuída pelos sujeitos e na gravidade atribuída pelo entrevistador na ADIS-C em indivíduos com FSG, FSE e OPA;

Nas **análises intragrupos** colocam-se as seguintes hipóteses:

H6. Espera-se uma relação positiva e significativa entre medidas de ansiedade social (EAESSA e RT), no grupo FSG, e de ansiedade aos testes (RT), no grupo FSE, com VI, VE e AC; espera-se ainda uma relação negativa e significativa entre FSG e FSE e autotranquilização;

H7. Espera-se que a VI e a VE, nomeadamente os fatores de *Inferioridade e Reação dos Outros aos meus erros* se mostrem preditores significativos de FSG;

H8. Espera-se que a VI e a VE se mostrem preditores significativos de FSE;

H9. Espera-se que o AC se mostre um preditor significativo de FSG e FSE;

H10. Espera-se uma relação positiva e significativa entre medidas de ansiedade social (EAESSA e RT), no grupo FSG, e de ansiedade aos testes (RT), no grupo FSE, e a interferência e gravidade. Esperam-se correlações negativas e significativas entre medidas de ansiedade social, de ansiedade aos testes e de sintomatologia depressiva (CDI) e QV. Espera-se, ainda, que a interferência e a gravidade apresentem uma relação negativa e significativa com a QV;

H.11. Espera-se que o desconforto e os evitamentos (EAESSA) se mostrem preditores significativos de interferência nos grupos FSG e FSE.

MÉTODO

Amostra

Com o objetivo de dar resposta aos objetivos supracitados, estudou-se uma amostra clínica (FSG, FSE e OPA) e uma amostra sem patologia de adolescentes. Os critérios de inclusão dos participantes foram: a) ter uma idade compreendida entre os 14 e os 18 anos; b) diagnóstico de Fobia Social Generalizada, Fobia Social Específica, outro tipo de perturbações de ansiedade ou ausência de psicopatologia. Os critérios de exclusão referem-se a: a) evidência clara de não compreensão dos itens dos instrumentos utilizados; b) evidência clara de preenchimento aleatórios dos itens; c) idade abaixo dos 14 anos ou acima dos 19 e d) existência de outro diagnóstico principal que não os acima mencionados.

A amostra final foi constituída por 231 adolescentes, encontrando-se estes distribuídos por quatro grupos: FSG, FSE, OPA e N. Em termos de distribuição por géneros verifica-se predominância do sexo feminino em todos os grupos com exceção do grupo sem patologia. A comparação dos grupos relativamente ao género, utilizando o teste do qui-quadrado, revelou diferenças estatisticamente significativas. Circunscrevendo-se a mesma análise apenas aos três grupos clínicos, verificou-se que estes não diferiram entre si na variável género ($\chi^2 = .879$; $p = .644$). Assim, hipotetiza-se que a diferença estatisticamente significativa obtida primeiramente se deva à diferente distribuição do género no grupo sem patologia (Quadro 1).

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

Grupo	Género Masculino		Género Feminino		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
FSG	30	35.3	55	64.7	85	100	17.002	.001
FSE	9	26.5	25	73.5	34	100		
OPA	15	34.1	29	65.9	44	100		
N	42	61.8	26	38.2	68	100		
Total	96	41.6	135	58.4	231	100		

Nota: FSG= grupo de Fobia Social Generalizada; FSE= grupo Fobia Social Específica; OPA= grupo de Outras perturbações de Ansiedade; N= Grupo sem patologia.

A média de idades do total da amostra foi de 15.71 (DP = 1.248). As diferenças dos valores médios da variável idade nos diferentes grupos não se apresentaram estatisticamente significativas, quando calculada uma análise da variância (One-way ANOVA) (Quadro 2).

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

Grupo	N	M	DP	F	p
FSG	85	15.66	1.16	.727	.537
FSE	34	15.50	1.24		
OPA	44	15.70	1.38		
N	68	15.87	1.16		
Total	231	15.71	1.24		

Nota: FSG= grupo de Fobia Social Generalizada; FSE= grupo Fobia Social Específica; OPA= grupo de Outras perturbações de Ansiedade; N= Grupo sem patologia.

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocritismo

Cátia Domingues Garcia (e-mail:catia.d.garcia@gmail.com) 2013

Quanto à escolaridade, verificou-se uma média de anos de escolaridade de 10.17 (DP = 1.074). Quando calculada uma análise de variância (One-way ANOVA), foi possível concluir que as diferenças nesta variável entre os grupos em estudo não se revelaram estatisticamente significativas (Quadro 3).

Quadro 3. Médias (M) e desvios-padrão (DP) dos anos de escolaridade dos grupos em estudo. ANOVA para verificação das diferenças.

Grupo	N	M	DP	F	p
FSG	85	10.16	.99		
FSE	34	10.00	1.04		
OPA	44	10.14	1.23	.598	.617
N	68	10.29	1.08		
Total	231	10.17	1.07		

Nota: FSG= grupo de Fobia Social Generalizada; FSE= grupo Fobia Social Específica; OPA= grupo de Outras perturbações de Ansiedade; N= Grupo sem patologia.

Finalmente, quanto ao estatuto socioeconómico verificou-se que a maioria dos sujeitos se encontrava no nível médio. As diferenças dos valores médios da variável nível socioeconómico entre os grupos em estudo não se apresentaram estatisticamente significativas, quando calculado o teste do qui-quadrado (Quadro 4).

Quadro 4. Distribuição dos grupos em estudo por estatuto socioeconómico. Teste do qui-quadrado (χ^2) para verificação das diferenças.

Grupo	N	Estatuto Socioeconómico			χ^2	p
		Baixo	Médio	Elevado		
FSG	30	29	43	13		
FSE	9	11	20	3		
OPA	15	19	21	4	3.131	.792
N	42	21	37	9		
Total	96	80	121	29		

Nota: FSG= grupo de Fobia Social Generalizada; FSE= grupo Fobia Social Específica; OPA= grupo de Outras perturbações de Ansiedade; N= Grupo sem patologia.

Instrumentos¹²

A Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA: Cunha, Pinto-Gouveia, Salvador & Alegre, 2004) inclui 34 situações sociais que compõem duas subescalas (desconforto/ansiedade e evitamento) e pretende avaliar a ansiedade e o evitamento em situações sociais frequentes na adolescência. É constituída por 6 fatores: Interação em situações novas, Interação com o sexo oposto, Desempenho em situações formais, Interação autoafirmativa, Ser observado

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

Na avaliação da magnitude das correlações são também considerados como valores de referência, ao longo deste estudo, os valores apontados por Pestana e Gageiro (2003), que sugerem que um coeficiente de correlação inferior a .20 revela uma associação muito baixa, um valor entre .21 e .39 uma associação baixa, entre .40 e .69 moderada, entre .70 e .89 elevada e, superior a .90 uma associação muito elevada.

² As consistências internas dos instrumentos utilizados encontram-se na tabela 5.

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocritismo

pelos outros e Comer e beber em público. Os itens são respondidos numa escala é tipo *Likert* de 5 pontos, sendo que quanto maior o resultado, maior o grau de desconforto/ansiedade e evitamento social. A EAESSA apresenta valores elevados de consistência interna para ambas as subescalas, uma estabilidade temporal moderada e uma boa validade convergente e divergente, sendo detentora de uma boa capacidade diagnóstica nos sujeitos com fobia social. Como valor de corte para distinção de 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).

A Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A: *Social Anxiety Scale for Adolescents*; La Greca e Lopez, 1998) é constituída por 22 itens, pretende avaliar a ansiedade social e medo de avaliação negativa dos adolescentes no contexto das relações com os pares. A escala de resposta é de tipo *Likert* de 5 pontos, sendo que resultados mais elevados indicam níveis mais elevados de ansiedade social e medo de avaliação negativa. É composta por 3 subescalas: Medo de Avaliação Negativa (FNE); Desconforto/Evitamento Social em Situações Novas (SAD-New) e Desconforto/Evitamento Social Generalizado (SAD_General). A versão original mostrou uma boa consistência interna, boa validade concorrente (La Greca & Lopez, 1998) e boa fidelidade teste-reteste (La Greca, 1998). A versão portuguesa (Cunha, Pinto Gouveia, Alegre & Salvador, 2004) apresenta uma boa consistência interna para o total, uma estabilidade temporal aceitável e validades convergente e divergente satisfatórias. Como ponto de corte, verificou-se que 55 permite uma boa classificação de jovens, com ou sem fobia social (Cunha, 2005), sendo sensível a mudanças decorrentes do tratamento (Salvador, 2009).

O Reações aos Testes (RT: *Reaction to Tests*; Sarason, 1984) permite a avaliação da ansiedade em situações de teste. É composta por 40 itens avaliados numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, divididos em quatro fatores: Tensão, Preocupação, Pensamentos Irrelevantes e Sintomas Somáticos. Valores mais elevados correspondem a níveis mais elevados de ansiedade. O RT demonstrou possuir um bom nível de consistência interna e uma boa validade convergente. Na versão portuguesa (Baptista, Soczka & Pinto, 1989) foram mantidos apenas 34 itens que foram distribuídos pelos quatro fatores originais. Na aferição portuguesa para adolescentes (Vicente, 2011), a escala apresentou uma boa consistência interna para o total e para os fatores, com exceção do fator Sintomas Somáticos que apresentou uma consistência interna razoável ($\alpha=.75$). A estabilidade temporal foi boa e revelou possuir uma boa validade convergente. O RT apresenta ainda sensibilidade ao tratamento (Salvador, 2009).

A Escala de Vergonha Externa (OAS: *Other As Shame*; Goss, Gilbert, & Allan, 1994) é constituída por 18 itens que avaliam a vergonha externa numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, sendo que pontuações elevadas traduzem um elevado índice de vergonha externa. A versão original é constituída por três fatores, *Inferioridade*, *Reação dos outros aos meus erros* e *Vazio*. Os mesmos fatores constituem a versão portuguesa para adolescentes (Figueira, 2010). No que se refere à consistência interna, o Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocrítismo

estudo da versão para adolescentes revelou valores elevados. O OAS apresenta uma validade convergente satisfatória e a estabilidade temporal variou de moderada a boa nos diferentes fatores (Figueira, 2010).

A **Escala de Vergonha Interna (ISS: *Internalized Shame Scale*; Cook, 1996)** é constituída por 30 itens divididos em duas subescalas: uma subescala (24 itens) que engloba descrições de sentimentos de vergonha (interna), e uma outra subescala (6 itens), que avalia a autoestima. A consistência interna na escala original mostrou ser muito boa, com uma boa estabilidade temporal. Na versão portuguesa para adolescentes (Januário, 2011) verificou-se uma boa consistência interna para as subescalas e uma estabilidade temporal boa.

A **Escala de Formas de Auto-criticismo e de Auto-tranquilização (FSCRS: *Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale*; Gilbert et al., 2004)** pretende avaliar a forma como as pessoas se autocriticam e autotranquilizam. É constituída por 22 itens que integram três subescalas: *Eu Inadequado*; *Eu Tranquilizador* e *Eu Detestado*. A escala de resposta é de tipo *Likert* de 5 pontos e permite a obtenção de um resultado total de autocriticismo e resultados parciais para cada uma das subescalas. Um resultado mais elevado em cada fator indica a utilização de determinada forma de autocriticismo ou de autotranquilização. No estudo original, foram encontrados bons valores de consistência interna. Silva (2010) estudou a escala na população adolescente, sendo que os valores de consistência interna variaram de razoáveis e muito bons. A estabilidade temporal mostrou-se boa.

A **Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC: *Multidimensional Anxiety Scale for Children*; March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997)** possui 39 itens e pretende avaliar sintomas de ansiedade, numa escala de *Likert* de 4 pontos, sendo que quanto mais elevada a pontuação maiores níveis os de ansiedade. É composta por quatro fatores, sendo que três deles apresentam subfactores: Sintomas Físicos, com os subfactores de Tensão/ Impaciência e Queixas Somáticas; Ansiedade Social, com os subfactores de Medo de Humilhação e de Desempenho; Ansiedade de Separação; e Evitamento do Perigo, com os subfactores Perfeccionismo e Ansiedade Antecipatória/ *Coping* Ansioso. Tanto a versão original da escala como a aferição portuguesa (André, 2009) mostraram possuir uma boa consistência interna para o resultado total.

O **Inventário de Depressão para Crianças (CDI: *Children's Depression Inventory*; Kovacs, 1985)** tem o objetivo de avaliar a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes. Cada item tem três hipóteses de resposta que correspondem a um gradiente de severidade que vai desde 0 a 2, sendo que pontuações mais elevadas sugerem níveis mais elevados de depressão. O CDI apresenta uma boa consistência interna, e uma aceitável fidelidade teste-reteste (Smucker, Craighead, Craighead, & Green, 1989). A versão portuguesa do CDI (Marujo, 1995; Dias e Gonçalves, 1999) revelou valores elevados de consistência interna. A estrutura original da escala é multidimensional com 5 subescalas, porém em ambos os estudos portugueses foi obtida uma estrutura unifactorial.

O Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocritismo

Adolescentes (Kidscreen-27: Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN-27 Group, 2005) é uma versão reduzida do Kidscreen-27-52, um instrumento europeu transcultural que avalia a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (QVRS) em sujeitos dos 8 aos 18 anos. É constituída por 27 itens, avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, que foram agrupados em cinco dimensões: Bem-estar físico; Bem-estar psicológico; Autonomia e relação com os pais; Suporte social e grupo de pares e Ambiente escolar. Quanto mais elevada for a pontuação, maior será a sensação de felicidade, perceção de adequação e satisfação com os seus contextos de vida. Tanto na versão original como na versão portuguesa, a Kidscreen-27-27 mostrou ter boas qualidades psicométricas (Matos, Gaspar Calmeiro & KIDSCREEN-27 Group Europe, 2005; Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN-27 Group, 2005).

A Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência (ADIS-C: *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*; Silverman & Albano, 1996) é uma entrevista de diagnóstico de perturbações de ansiedade e outras perturbações na infância e adolescência. É calculado o número total de sintomas e é decidido se se verifica o número necessário para que seja atribuído algum ou alguns diagnósticos, de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 2002). Nesse caso são efetuadas questões para avaliar a interferência na vida do sujeito e o sofrimento significativo associado e é avaliada pelo clínico a gravidade da perturbação diagnosticada, sendo ainda, caso se verifique necessidade, hierarquizados os diagnósticos. A ADIS-C apresenta uma excelente fidedignidade e precisão nos diagnósticos de Fobia Específica e Perturbação de Ansiedade de Separação e uma boa precisão para a Fobia Social e Ansiedade Generalizada (Silverman et al., 2001). A ADIS-C foi traduzida e adaptada por Cunha e Salvador (2003). Num estudo das características psicométricas, mostrou boa validade concorrente, discriminante e uma elevada concordância inter-avaliadores (Casanova e Salvador, 2013).

Quadro 5. Consistências internas dos instrumentos utilizados, nos quatro grupos em estudo.

	α			
	FSG	FSE	OPA	N
EAESSA Desconforto	.926	.920	.944	.925
EAESSA Evitamento	.924	.928	.900	.914
SAS-A Total	.913	.917	.932	.941
RT	.935	.902	.945	.949
OAS Total	.959	.928	.947	.945
OAS Inferioridade	.923	.905	.927	.912
OAS Reação dos outros aos meus erros	.888	.783	.852	.845
OAS Vazio	.878	.798	.837	.847
ISS Vergonha	.961	.954	.941	.957
Kidscreen-27 total	.911	.767	.820	.902
Kidscreen-27 Bem-estar físico	.821	.876	.791	.828
Kidscreen-27 Bem-estar psicológico	.726	.866	.608	.797
Kidscreen-27 Autonomia em relação aos pais	.815	.730	.728	.745
Kidscreen-27 Suporte social e grupo de pares	.919	.813	.808	.867

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocritismo

	α			
Kidscreen-27 Ambiente escolar	.720	.695	.543	.810
FSCRS Eu-inadequado	.898	.883	.908	.917
FSCRS Eu-detestado	.835	.685	.647	.803
FSCRS Total Autocriticismo	.829	.800	.780	.703
FSCRS Eu-tranquilizador	.868	.813	.868	.889
MASC	.885	.912	.903	.921
CDI	.871	.801	.842	.803

Nota: FSG= grupo de Fobia Social Generalizada; FSE= grupo Fobia Social Específica; OPA= grupo de Outras perturbações de Ansiedade; N= Grupo sem patologia; EAESSA= Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; SAS-A= Escala de Ansiedade Social para Adolescentes; RT = Escala Reações aos Testes; OAS = Escala de Vergonha Externa; ISS = Escala de Vergonha Interna; Kidscreen-27 = Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes; FSCRS = Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; MASC= Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças; CDI = Inventário de Depressão para Crianças.

No quadro 5 são apresentadas as consistências internas dos instrumentos usados nas análises, nos quatro grupos em estudo.

Procedimentos

Inicialmente foi requerida autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) e à Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), para a recolha de amostra em vários estabelecimentos de ensino. Após deferimento destas entidades, foram também obtidas autorizações dos diretores executivos de escolas básicas e secundárias do norte e centro do país, dos encarregados de educação e dos alunos e deu-se início à recolha de amostra. Assim, passou-se em sala de aula, uma bateria de instrumentos de autorresposta (com uma média de 60 minutos para preenchimento), previamente estruturada para o efeito.

Após esta recolha e através de um procedimento de *screening* (utilizando os questionários SAS-A, RT, CDI e MASC), foram selecionados para entrevista (ADIS-C) os sujeitos que responderam acima do ponto de corte em pelo menos um dos questionários referidos ou dentro dos valores normativos em todos os questionários, para confirmar a presença ou ausência de psicopatologia. De salientar que o entrevistador realizou todas as entrevistas sem conhecimento da razão pela qual os adolescentes haviam sido selecionados, de forma a não influenciar o sentido da entrevista. Assim, a amostra ficou dividida em quatro grupos, Fobia Social Generalizada, Fobia Social Específica, Outras Perturbações de Ansiedade e população sem patologia.

Posteriormente à recolha dos dados procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos com a utilização do SPSS (versão 20.0). Os procedimentos estatísticos utilizados serão abordados no ponto correspondente na descrição dos resultados.

Resultados

Análises Intergrupos

Comparação entre grupos na Vergonha Interna (VI) e Vergonha Externa (VE)

Para estudar a influência da variável grupo de diagnóstico nas Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocritismo

pontuações da ISS e OAS foi calculada uma análise multivariada da variância (MANOVA) que se mostrou significativa ($\lambda = .781$; $F = 4.546$; $p < 0.001$). Com o intuito de analisar as diferenças entre os grupos nas variáveis em estudos, recorreu-se à análise da variância (ANOVA). Foram obtidas diferenças significativas para todas as variáveis (Quadro 6).

Quadro 6. Médias (M) e desvios-padrão (DP) da VI e VE em função dos grupos em estudo. Análise da variância (ANOVA) para verificação das diferenças, testes Post-Hoc de Tukey para localização das diferenças e d de Cohen para análise do tamanho do efeito.

Medidas	Grupos	M	DP	F	P	Post-Hoc	Tamanho do efeito (d) ³
ISS Verg.	FSG	47.50	20.96	16.810	.000	FSG > OPA	0.79
	FSE	40.13	18.99			FSG > N	1.13
	OPA	31.90	18.08			FSE > N	0.81
	N	25.92	17.17			FSG=FSE FSE=OPA OPA=N	
OAS Inf.	FSG	11.83	6.93	11.605	.000	FSG > OPA	0.75
	FSE	9.83	5.87			FSG > N	0.89
	OPA	6.93	5.95			FSG= FSE FSE=OPA FSE=N OPA=N	
	N	6.43	4.96				
OAS Reação dos outros	FSG	10.39	5.37	7.833	.000	FSG > N	0.73
	FSE	9.50	4.49			FSE>N	0.67
	OPA	8.09	4.59			FSG=FSE=OPA OPA=N	
	N	6.68	4.14				
OAS Vazio	FSG	5.77	4.28	7.393	.000	FSG > N	0.77
	FSE	4.67	3.76			FSG=FSE=OPA FSE=N OPA=N	
	OPA	4.07	3.52				
	N	2.94	2.76				
OAS Total	FSG	29.51	16.21	10.707	.000	FSG > OPA	1.28
	FSE	25.67	13.46			FSG > N	0.86
	OPA	20.26	13.54			FSE > N	0.70
	N	16.95	11.43			FSG=FSE FSE=OPA OPA=N	

Nota: FSG= grupo de Fobia Social Generalizada; FSE= grupo Fobia Social Específica; OPA= grupo de Outras perturbações de Ansiedade; N= Grupo sem patologia; OAS = Escala de Vergonha Externa; ISS = Escala de Vergonha Interna.

As análises *Post-hoc* revelaram que na vergonha interna não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos FSG e FSE. O grupo FSG diferiu dos grupos OPA e N, enquanto o grupo FSE apenas diferiu do grupo N. Quanto à vergonha externa, no fator *Inferioridade*, o grupo FSG não diferiu do grupo FSE mas apresentou diferenças significativas comparativamente com os grupos OPA e N. O

³ De acordo com Cohen (1997), tamanhos do efeito na ordem de .20 são pequenos, na ordem de .50 são moderados e, em torno de .80 são grandes.

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocrítica

grupo FSE não se distinguiu dos grupos de controlo. Nos fatores *Reação dos Outros aos meus erros e Vazio*, os três grupos clínicos não apresentaram diferenças significativas entre si, apresentando ambos os grupos de fobia social pontuações mais elevadas do que o N. Finalmente, no total da OAS, os grupos FSG e FSE não se diferenciaram entre si, porém, enquanto o grupo generalizado se distinguiu dos OPA, o grupo FSE não se diferenciou deles. Os grupos FSG e FSE diferenciaram-se dos N, todavia os OPA não.

Para todas as diferenças significativas encontradas entre os grupos, os tamanhos do efeito variaram de moderados (0.69) a elevados (1.28).

Comparação entre grupos no Autocriticismo (AC)

Dado a escala FSCRS não apresentar um total, calculámos uma medida de autocriticismo somando os fatores *eu-detestado* e *eu-inadequado*, replicando o já efetuado por Gilbert et al. (2006).

Quadro 7. Médias (M) e desvios-padrão (DP) do AC em função dos grupos em estudo. Análise da variância (ANOVA) para verificação de diferenças, testes Post-Hoc de Tukey para localização das diferenças e *d* de Cohen para análise do tamanho do efeito.

Medidas	Grupos	M	DP	F	p	Post-Hoc	Tamanho do efeito (d)
FSCRS <i>Eu-Inadeq.</i>	FSG	19.83	8.89	15.037	.001	FSG>OPA FSG >N FSE >N FSG=FSE FSE=OPA OPA=N	0.60 1.10 0.66
	FSE	15.58	7.90				
	OPA	14.48	8.96				
	N	10.42	7.95				
FSCRS <i>Eu-Detest.</i>	FSG	2.96	3.38	5.993	.000	FSG >N FSG=FSE=OPA FSE=N OPA=N	0.69
	FSE	1.61	2.20				
	OPA	2.08	2.89				
	N	1.06	1.95				
FSCRS <i>Eu-tranq.</i>	FSG	16.68	6.44	.652	.583	FSG=FSE=OPA=N	
	FSE	17.16	6.24				
	OPA	15.15	7.69				
	N	16.02	7.23				
FSCRS Total Autocrit.	FSG	22.79	11.43	14.269	.000	FSG>OPA FSG>N FSG=FSE FSE=OPA=N	0.55 1.08
	FSE	17.193	8.97				
	OPA	16.55	11.21				
	N	11.48	9.33				

Nota: FSG= grupo de Fobia Social Generalizada; FSE= grupo Fobia Social Específica; OPA= grupo de Outras perturbações de Ansiedade; N= Grupo sem patologia; FSCRS = Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização.

Com o intuito de estudar a influência da variável grupo de diagnóstico nas pontuações do autocriticismo e fator de autotranquilização foi calculada

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocriticismo

Cátia Domingues Garcia (e-mail:catia.d.garcia@gmail.com) 2013

uma análise multivariada da variância (MANOVA) que se mostrou significativa ($\lambda = .812$; $F = 5.108$; $p < 0.001$).

As análises univariadas da variância (ANOVA) revelaram diferenças significativas para todas as variáveis, exceto no fator *Eu-Tranquilizador* (Quadro 7).

Nas análises *Post-hoc* não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos fatores *Eu-Inadequado* e *Eu-Detestado*, entre os grupos FSG e FSE. Ainda de referir que ambos os grupos de fobia social apresentaram pontuações significativamente superiores de autocríticoismo quando comparados com o grupo N, sendo que no fator *Eu-Detestado* os três grupos clínicos não se diferenciaram entre si. Assim, no autocríticoismo total verificou-se que os grupos FSG e FSE não se diferenciam entre si, acrescentando-se que o grupo FSG mostrou diferenças significativas comparativamente com os OPA e os N. Já no fator *Eu-Tranquilizador* não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em análise.

O tamanho do efeito das diferenças significativas variou entre moderado (0.55) e elevado (1.10).

Comparação entre grupos na Depressão

Através das análises univariadas da variância verificou-se a existência de diferenças significativas entre os grupos na variável em estudo (Quadro 8).

Os tamanhos do efeito calculados para as diferenças significativas variaram entre moderados (0.55) a elevados (1.18).

As análises *Post-hoc* mostraram pontuações significativamente mais elevadas de sintomatologia depressiva no grupo FSG comparativamente ao grupo FSE e OPA. Já o grupo FSE não se diferenciou dos OPA. De salientar que ambos os grupos de fobia social se diferenciaram dos N.

Quadro 8. Médias (M) e desvios-padrão (DP) do CDI em função dos grupos em estudo. Análise da variância (ANOVA) para verificação das diferenças, testes Post-Hoc de Tukey para localização das diferenças e *d* de Cohen para análise do tamanho do efeito.

Medida	Grupo	M	DP	F	<i>p</i>	Post-Hoc	Tamanho do efeito (<i>d</i>)
CDI	FSG	17.54	7.52	19.066	.000	FSG>FSE	0.55
	FSE	13.618	6.17			FSG>OPA	0.79
	OPA	11.95	6.20			FSG>N	1.18
	N	9.75	5.43			FSE>N	0.69
						FSE=OPA	
					OPA=N		

Nota: FSG= grupo de Fobia Social Generalizada; FSE= grupo Fobia Social Específica, OPA= grupo de Outras perturbações de Ansiedade; N= Grupo sem patologia; CDI = Inventário de Depressão para Crianças.

Comparação entre grupos na Qualidade de Vida

As análises univariadas da variância efetuadas revelaram diferenças significativas entre os grupos na variável em estudo, exceto no *bem-estar psicológico* (Quadro 9).

Para os fatores da Kidscreen foi efetuada uma MANOVA que se

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocríticoismo

Cátia Domingues Garcia (e-mail:catia.d.garcia@gmail.com) 2013

mostrou significativa ($\lambda = .774$; $F = 3.770$; $p < 0.001$).

As análises *Post-hoc* não indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos no que se refere ao *bem-estar psicológico* e à *autonomia em relação aos pais*.

Quadro 9. Médias (M) e desvios-padrão (DP) da QV em função dos grupos em estudo. Análise da variância (ANOVA) para verificação das diferenças, testes Post-Hoc de Tukey para localização das diferenças e *d* de Cohen para análise do tamanho do efeito.

Medidas	Grupos	M	DP	F	<i>p</i>	Post-Hoc	Tamanho do efeito (<i>d</i>)
Kidscreen-27 Bem-estar físico	FSG	15.70	4.20	11.1	.000	FSG<N FSE<N OPA<N FSG=FSE=OPA	0.99
	FSE	16.81	4.68				
	OPA	16.98	4.06				
	N	19.51	3.38				
Kidscreen-27 Bem-estar psicológico	FSG	22.51	4.33	1.30	.276	FSG=FSE=OPA=N	
	FSE	23.36	5.60				
	OPA	22.08	4.99				
	N	23.68	4.41				
Kidscreen-27 Autonomia em relação aos pais	FSG	26.35	4.98	2.67	.048	FSG=FSE=OPA=N	
	FSE	25.94	4.47				
	OPA	27.33	4.33				
	N	28.17	3.89				
Kidscreen-27 Suporte Social	FSG	14.77	3.94	6.48	.000	FSG<FSE FSG<N FSG=OPA FSE=OPA=N	0.57
	FSE	16.84	2.77				
	OPA	16.40	2.83				
	N	16.92	2.77				
Kidscreen-27 Ambiente escolar	FSG	13.07	2.49	6.64	.000	FSG<N OPA<N FSG=FSE=OPA FSE=N	0.66
	FSE	14.13	2.58				
	OPA	13.05	2.26				
	N	14.75	2.66				
Kidscreen-27 Total	FSG	92.40	15.18	7.358	.000	FSG<N FSE<N OPA<N FSG=FSE=OPA	0.78
	FSE	97.06	15.02				
	OPA	95.83	12,65				
	N	103.03	11.62				

Nota: FSG= grupo de Fobia Social Generalizada; FSE= grupo Fobia Social Específica; OPA= grupo de Outras perturbações de Ansiedade; N= Grupo sem patologia; Kidscreen-27 = Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes.

O grupo FSG apresentou valores significativamente inferiores no fator *suporte social* comparativamente com o grupo FSE e N, não se diferenciando do grupo OPA. No que se refere ao fator *ambiente escolar*, não existiram diferenças significativas entre os três grupos clínicos, mas tanto o grupo FSG como os OPA se diferenciaram dos N, apresentando pontuações mais baixas de qualidade de vida neste fator. O grupo FSE não se diferenciou do grupo N. No total da Kidscreen-27 e dimensão *bem-estar*

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocritismo

Cátia Domingues Garcia (e-mail:catia.d.garcia@gmail.com) 2013

físico, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos clínicos, apresentando o grupo N níveis mais elevados do que todos os grupos com psicopatologia.

Os tamanhos do efeito para as diferenças significativas variaram de moderados (0.47) a elevados (0.99).

Comparação entre grupos na Interferência e Gravidade

As análises univariada da variância revelaram diferenças significativas entre os grupos para todas as variáveis (Quadro 10).

Quando avaliadas as diferenças entre os grupos em estudo no que se referia à interferência das dificuldades atuais atribuída pelos sujeitos e à gravidade das mesmas atribuída pelo entrevistador, as análises *Post-hoc* não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos clínicos, (Quadro 10).

Quadro 10. Médias (M) e desvios-padrão (DP) da interferência e gravidade em função dos grupos em estudo. Análise da variância (ANOVA) para verificação das diferenças, testes Post-Hoc de Tukey para localização das diferenças e d de Cohen para análise do tamanho do efeito.

Medidas	Grupos	M	DP	F	p	Post-Hoc
Interferência atribuída na ADIS pelos adolescentes	FSG	5.60	1.37			
	FSE	5.44	1.21	410.182	.000	FSG=FSE=N
	OPA	5.50	1.27			
Gravidade atribuída na ADIS pelo entrevistador	FSG	5.91	1.24			
	FSE	5.74	1.16	517.716	.000	FSG=FSE=N
	OPA	5.64	1.20			

Nota: FSG= grupo de Fobia Social Generalizada; FSE= grupo Fobia Social Específica; OPA= grupo de Outras perturbações de Ansiedade; N= Grupo sem patologia; ADIS-C= Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência.

Análises Intragrupos

Relação da ansiedade social e ansiedade social específica com VI, VE, AC e Autotranquilização

Para melhor compreender o papel da vergonha e do autocriticismo nos grupos FSG e FSE, realizaram-se análises correlacionais e de regressão.

Quadro 11. Correlações entre medidas de ansiedade social (EAESSA e RT) e VI, VE e AC no grupo FSG

	ISS Verg.	OAS Inf.	OAS Reação outros	OAS Vazio	OAS Total	FSCRS Eu-detest.	FSCRS Eu-inad.	FSCRS Eu-tranq.	FSCRS Total Autocrit.
EAESSA Desconforto	.421**	.447**	.432**	.271*	.418**	.244*	.309**	-.086	.312**
EAESSA Evitamento	.425**	.419**	.392**	.255*	.387**	.243*	.303**	.012	.307**
RT	.385**	.208	.271*	.344**	.283**	.074	.275*	.128	.236*

*p<.05 (2-tailed); **p<.01 (2-tailed). **N Nota:** EAESSA= Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; RT = Escala Reações aos Testes; ISS = Escala de Vergonha Interna; OAS = Escala de Vergonha Externa; FSCRS = Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização.

Assim, no grupo FSG, a medida de ansiedade social (EAESSA), a vergonha e o autocriticismo apresentaram-se positivamente correlacionados, de forma baixa a moderada, à exceção do fator *Eu-Tranquilizador* que não Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocriticismo

tem qualquer relação com qualquer outra variável de ansiedade social.

A medida de ansiedade aos testes (RT), no mesmo grupo, encontrava-se correlacionada com todas as medidas de VI, VE e AC, à exceção do fator *Inferioridade* da OAS, fator *Eu-Detestado* e *Eu-Tranquilizador* do FSCRS (Quadro 11).

Já no **grupo FSE**, a medida de ansiedade aos testes (RT) mostrou-se apenas positiva e significativamente correlacionada com a subescala de *Inferioridade* da OAS (Quadro 12).

Quadro 12. Correlação entre medida de ansiedade aos testes (RT) e VI, VE e AC no grupo FSE

	ISS Verg.	OAS Inf.	OAS Reação outros	OAS Vazio	OAS Total	FSCRS Eu-detest.	FSCRS Eu-inad.	FSCRS Eu-tranq.	FSCRS Total Autocrit.
RT	.254	.380*	.027	.319	.295	-.091	-.014	.123	-.035

* $p < .05$ (2-tailed); ** $p < .01$ (2-tailed). **Nota:** RT = Escala Reações aos Testes; ISS = Escala de Vergonha Interna; OAS = Escala de Vergonha Externa; FSCRS = Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização.

Além das análises estatísticas anteriores, efetuaram-se regressões lineares múltiplas por blocos (método *enter*), para perceber o contributo da VE e VI na explicação da ansiedade social. De referir que foram tidas em consideração as recomendações de Field (2009) para a necessidade de 10 a 15 sujeitos para cada preditor utilizado em análises de regressão. Como se sabe que a sintomatologia depressiva se encontra, habitualmente, relacionada com a ansiedade social, decidiu-se usar o CDI como primeiro preditor, no sentido de controlar o seu eventual poder explicativo. Foram ainda efetuados testes t-Student para verificar a existência de diferenças entre géneros nos instrumentos utilizados. Por não se terem encontrado diferenças não se controlou o género nas análises de regressão.

Papel da Vergonha Interna e Externa na explicação da ansiedade social no grupo FSG

Numa primeira análise de regressão pretendeu-se analisar o poder preditivo da vergonha interna e externa, colocando ambas as variáveis no mesmo bloco. Verificou-se que ambos os modelos foram significativos (Modelo 1: $R^2 = .125$; $F = 11.168$; $p = .001$; Modelo 2: $R^2 = .254$; $F = 5.040$; $p < .001$). Apesar disso, através das análises dos coeficientes verificou-se que, no último modelo, nenhuma das variáveis se mostrou um preditor significativo de ansiedade social (Quadro 13).

Dado que a análise anterior sugere uma sobreposição entre as variáveis de vergonha aquando da explicação da ansiedade social, procedeu-se à análise do contributo individual de cada um dos tipos de vergonha.

De acordo com o Quadro 14, a vergonha interna revelou ser um preditor significativo ($\beta = .338$, $p = .20$) explicando 16.4% da ansiedade social ($R^2_{\text{Change}} = .164$; $F_{\text{Change}}(3,76) = 4.118$; $p = .009$).

Quadro 13. *Análise de regressão múltipla por blocos para depressão, vergonha interna fatores da vergonha externa, sobre a ansiedade social no grupo FSG*

	R	R ²	B	β	F	t	p
Modelo 1					11.168		.001
CDI	.354	.125	.996	.354		3.342	.001
Modelo 2					5.040		.000
CDI			.369	.131		.913	.364
ISS Verg	.504	.254	.206	.203		1.078	.284
OAS Inf.			.554	.179		.741	.261
OAS Reação			1.205	.300		-1.819	.073
OAS Vazio			-1.578	-.316		1.425	.198

Nota: CDI = Inventário de Depressão para Crianças; OAS = Escala de Vergonha Externa.

Quadro 14. *Análise de regressão múltipla por blocos para depressão e vergonha interna, sobre a ansiedade social no grupo FSG*

	R	R ²	B	β	F	t	p
Modelo 1					11.168		.001
CDI	.354	.125	.996	.354		3.342	.001
Modelo 2					8.742		.000
CDI	.430	.185	.340	.121		.849	.398
ISS Verg			.342	.338		2.377	.020

Nota: ISS = Escala de Vergonha Interna; CDI = Inventário de Depressão para Crianças.

O facto de com a introdução da Vergonha Interna o CDI deixar de ser um preditor significativo no segundo modelo ($\beta = .121$, $p = .398$) sugere a existência de uma eventual mediação da vergonha interna na relação entre a sintomatologia depressiva e ansiedade social. Deste modo, embora não tenham sido inicialmente colocadas hipóteses relativamente ao eventual papel mediador da vergonha, foram realizados os pressupostos sugeridos por Baron and Kenny's (1986) para a análise de mediação que permitiram confirmar a existência de uma mediação total.

Quadro 15. *Análise de regressão múltipla por blocos para depressão e fatores da vergonha externa, sobre a ansiedade social no grupo FSG*

	R	R ²	B	β	F	t	p
Modelo 1					11.221		.001
CDI	.353	.124	1.006	.353		3.350	.001
Modelo 2					6.226		.000
CDI	.497	.247	.527	.185		1.388	.169
OAS Inf.			1.032	.329		1.531	.130
OAS Reação			1.080	.266		1.277	.206
OAS Vazio			-1.502	-.297		-1.763	.082

Nota: OAS = Escala de Vergonha Externa; CDI = Inventário de Depressão para Crianças

Também o modelo constituído pelos vários fatores da vergonha externa se revelou significativo. Contudo, na análise dos coeficientes, verifica-se que, nenhum dos fatores individualmente prediz significativamente a ansiedade social (Quadro 15).

Dado que na análise anterior nenhum dos fatores da OAS se revelou Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocritismo

preditor significativo (provavelmente devido à elevada colinearidade), não obstante o facto de o modelo o ter sido, foram realizadas análises de regressão para cada um dos fatores em separado, no sentido de explorar mais pormenorizadamente o papel da vergonha externa na predição da ansiedade social.

Os resultados obtidos permitiram verificar que tanto o fator *Inferioridade* ($\beta = .370$; $p = .005$) como o fator *Reação dos Outros aos meus erros* ($\beta = .343$; $p = .007$) foram preditores significativos, sendo que o primeiro acrescenta 8,5% ($R^2_{\text{Change}} = .085$; $F_{\text{Change}}(3,76) = 8.378$; $p = .005$) e o segundo 18.3% ($R^2_{\text{Change}} = .183$; $F_{\text{Change}}(1,78) = 7.746$; $p = .007$) na explicação da ansiedade social (Quadro 16 e Quadro 17). Por outro lado, o fator *Vazio* não se revelou um preditor significativo da ansiedade social ($\beta = 0.59$; $p = .592$)

Quadro 16. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão e OAS Inferioridade, sobre a ansiedade social, no grupo FSG.

	R	R ²	B	β	F	t	p
Modelo 1					11.221		.001
CDI	.353	.124	1.006	.353		3.350	.001
					10.323		.000
CDI	.457	.209	.355	.125		.974	.333
OAS Inf.			1.159	.370		2.894	.005

Nota: CDI = Inventário de Depressão para Crianças; OAS = Escala de Vergonha Externa

Quadro 17. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão e OAS Reação dos outros aos meus erros, sobre a ansiedade social no grupo FSG.

	R	R ²	B	β	F	t	p
Modelo 1	.353	.124			11.221		.001
CDI			1.006	.353		3.350	.001
Modelo 2					9.963		.000
CDI	.451	.203	.447	.157		1,271	.208
OAS Reação			1.394	.343		2.783	.007

Nota: CDI = Inventário de Depressão para Crianças; OAS = Escala de Vergonha Externa.

Mais uma vez, após a introdução das variáveis de vergonha no segundo modelo, o CDI deixou de ser um preditor significativo, sugerindo que tanto a OAS *Inferioridade* e a OAS *Reação dos outros aos meus erros* poderão desempenhar um papel mediador entre a relação entre sintomas depressivos e ansiedade social. Foram novamente realizados os pressupostos de Baron and Kenny's (1986) que permitiram confirmar a existência de um papel mediador de ambos os fatores na relação entre sintomatologia depressiva e ansiedade social.

Papel da Vergonha Interna e Externa na explicação da ansiedade social específica no grupo FSE

Através de uma análise de correlações, verificou-se que a medida de ansiedade aos testes (RT) apenas se encontrava significativamente Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocritismo

correlacionada, na população com FSE, com o fator *Inferioridade* da OAS ($r = .380$; $p = .038$). Assim, efetuou-se uma análise de regressão para esclarecer o papel deste na explicação da ansiedade social específica. Este fator não revelou deter um papel significativo na explicação desta ansiedade, contudo, o CDI mostrou ser um preditor significativo da ansiedade aos testes (Quadro 18).

Quadro 18. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão e OAS Inferioridade, sobre a ansiedade social específica, no grupo FSE

	R	R ²	B	β	F	t	p
Modelo 1	.158	.128			5.27		.029
CDI			13.318	.398		2.296	.029
Modelo 2					2.61		.092
CDI	.162	.100	13.300	.397		2.256	.032
OAS Inf.			.161	.060		.339	.737

Nota: OAS = Escala de Vergonha Externa; CDI = Inventário de Depressão para Crianças.

Papel do Autocriticismo na explicação da ansiedade social e ansiedade social específica

No **grupo FSG**, através de uma análise de correlação verificou-se a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa, embora baixa, entre a medida de ansiedade social (EAESSA Desconforto) e o total de autocriticismo (fator *Inferioridade* e *Reação dos outros aos meus erros* ($r = .312$; $p = .005$). Assim, realizou-se uma análise de regressão para perceber o seu poder explicativo na ansiedade social. Verificou-se que apesar do modelo ser estatisticamente significativo, nenhuma das variáveis se mostrou um preditor significativo de ansiedade social, encontrando-se a sintomatologia depressiva no limiar de significância (Quadro 19).

Quadro 19. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão e autocriticismo total, sobre a ansiedade social, no grupo FSG.

	R	R ²	B	β	F	t	p
Modelo 1	.353	.124			11.221		.001
CDI			1.006	.353		3.350	.001
Modelo 2					6.378		.003
CDI	.375	.141	.736	.252		1.975	.052
FSCRS Autocrit. Total			.301	.158		1.212	.229

Nota: CDI = Inventário de Depressão para Crianças; FSCRS = Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização.

Já no grupo FSE, não foram realizadas análises de regressão para perceber os preditores da medida de ansiedade aos testes (RT) porque esta não se mostrou estatisticamente correlacionada com nenhum dos fatores de autocriticismo nem com o autocriticismo total.

Relação da ansiedade social, ansiedade aos testes, sintomatologia depressiva, interferência, gravidade e qualidade de vida.

Através de uma correlação de Pearson, pretendeu averiguar-se a relação existente entre medidas de ansiedade social e específica com a Interferência atribuída pelos sujeitos relativamente às suas dificuldades Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocriticismo

atuais aquando da entrevista estruturada ADISC-C e com a Gravidade atribuída pelo entrevistador relativamente às dificuldades relatadas e qualidade de vida.

No **grupo FSG**, verificou-se uma relação significativa e positiva entre as medidas de ansiedade social e todas as dimensões e total da Kidscreen-27, com exceção da dimensão Autonomia. Quer a interferência quer a gravidade não mostraram correlacionar-se com a qualidade de vida. Apenas o CDI mostrou encontra-se positiva e significativamente correlacionado com a interferência e gravidade (Quadro 18).

Quadro 18. Correlações entre medidas de ansiedade social (EAESSA e RT), Interferência, Gravidade e QV no grupo FSG

	Interfer.	Grav.	Kids. Bem- estar Físico	Kids. Bem-estar psicológico	Kids. Ambiente Escolar	Kids. Autonomia	Kids. Suporte Social	Kids. Total
EAESSA Desc.	.003	-.016	-.315**	-.333**	-.380**	-.112	-.525**	-.418**
EAESSA Evit.	.018	.029	-.261*	-.262*	-.408**	-.031	-.492**	-.352**
FSG RT	.227	.165	-.163	.124	-.302**	-.283	-.198	-.204
CDI	.412**	.329**	-.560**	-.452**	-.521**	-.403**	-.529**	-.641**
Interfer.	1	.976**	.015	-.157	-.051	-.232	-.040	-.134
Grav.	.976**	1	-.005	-.107	.025	-.182	-.036	-.096
RT	.161	.126	-.048	.083	.036	-.126	.269	.034
FSE CDI	.129	.133	-.195	-.214	-.312	-.068	-.015	-.217
Interfer.	1	.978**	.017	-.002	.283	.003	.034	.059
Grav.	.978**	1	.012	.043	.344	.042	.076	.102

*p<.05 (2-tailed); **p<.01 (2-tailed). **Nota:** FSG= grupo de Fobia Social Generalizada; FSE= grupo Fobia Social Específica; EAESSA= Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; RT = Escala Reações aos Testes; OAS = Escala de Vergonha Externa; CDI = Inventário de Depressão para Crianças; Kids. = Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes.

No **grupo de FSE**, não se encontraram correlações significativas entre as medidas em estudo (Quadro 18).

Papel do desconforto e evitamento (EAESSA) na explicação da Interferência atribuída pelos sujeitos, nos grupos FSG e FSE

No **grupo FSG**, quer a sintomatologia depressiva, quer o desconforto mostraram ser preditores significativos de interferência (Quadro 20). Quando efetuada nova análise de regressão utilizando os evitamentos, verificou-se que são também um preditor significativo de interferência, tal como a sintomatologia depressiva (Quadro 21).

No **grupo FSE**, nenhuma das medidas se mostrou significativamente correlacionada com a interferência pelo que não se realizaram análises de

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocritismo

regressão.

Quadro 20. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão e EAESSA Desconforto, sobre a interferência, no grupo FSG.

	R	R ²	B	β	F	t	p
Modelo 1					15.004		.000
CDI	.400	.160	.069	.400		3.873	.000
Modelo 2					12.449		.000
CDI	.492	.242	.051	.295		2.815	.006
EAESSA Desconf.			.018	.305		2.911	.005

Nota: EAESSA= Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; CDI = Inventário de Depressão para Crianças.

Quadro 21. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão e EAESSA Evitamento, sobre a interferência, no grupo FSG.

	R	R ²	B	β	F	t	p
Modelo 1					15.004		.000
CDI	.400	.160	.069	.400		3.873	.000
Modelo 2					14.029		.000
CDI	.514	.265	.048	.277		2.673	.009
EAESSA Evit.			.021	.346		3.336	.001

Nota: EAESSA= Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; CDI = Inventário de Depressão para Crianças.

Discussão

O presente estudo teve como objetivos principais estudar similitudes e diferenças entre Fobia Social Generalizada e Fobia Social Específica, no que se refere à vergonha interna e externa, autocrítica e impacto.

De acordo com a Hipótese 1, eram esperadas pontuações significativamente superiores de **vergonha interna (VI)** em adolescentes com fobia social generalizada (FSG), comparativamente a adolescentes com fobia social específica (FSE). Tal hipótese não foi corroborada uma vez que os grupos clínicos não se diferenciaram entre si na VI. Estando as características da perturbação de ansiedade social, muitas vezes associadas a aspetos negativos da personalidade do sujeito, parece-nos claro que estas perturbações se possam associar à internalização de características negativas relativamente ao *self*. Na mesma hipótese, tanto a FSG como a FSE se deveriam distinguir significativamente dos OPA e N nos valores de VI, apresentando a primeira valores superiores. A hipótese foi totalmente confirmada para o grupo FSG, sendo apenas parcialmente corroborada para a FSE que apenas se distinguiu dos N. Do nosso conhecimento, são inexistentes os estudos que comparem níveis de vergonha interna entre populações clínicas com fobia social e outras perturbações. Apenas Rebelo (21012) encontrou valores significativamente superiores de VI em adolescentes com fobia social generalizada, comparativamente a

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocrítica

Cátia Domingues Garcia (e-mail:catia.d.garcia@gmail.com) 2013

adolescentes com outras perturbações de ansiedade e a adolescentes sem qualquer psicopatologia. Os estudos têm sugerido uma associação positiva entre VI e ansiedade aos testes, nomeadamente por existir uma avaliação negativa da capacidade académica (e.g. Januário, 2011; Melo, 2006). Hipotetizamos que, dado a ansiedade aos testes se manifestar numa área mais circunscrita da vida dos sujeitos, não gere tantas avaliações negativas acerca do valor pessoal que são, eventualmente passíveis de ser internalizadas. Também as demais perturbações de ansiedade são encaradas como sendo provenientes de aspetos exteriores ao próprio sujeito, pelo que poderão não ser potencialmente tão geradoras de sentimentos de inadequação e defeito.

Na **vergonha externa (VE)**, os dois grupos clínicos também não se diferenciaram nos fatores e total de VE, ao contrário do hipotetizado. Corroborando a hipótese, a FSG diferenciou-se dos OPA e N no fator *Inferioridade* e no total da escala, sendo que nos fatores *Reação dos outros aos meus erros* e *Vazio*, apenas se diferenciaram dos normais. A vergonha externa verifica-se quando o sujeito acredita existir na mento dos outros como defeituoso e inferior, o que o leva a temer a rejeição (Gilbert, 2000b). Esta definição de vergonha externa em muito se assemelha às características da ansiedade social, em que os sujeitos temem fazer algo que se torne embaraçoso ou humilhante (APA, 2005). Dado o desempenho dos sujeitos ser um aspeto que se encontra muito facilmente acessível ao escrutínio de professores e colegas, parece-nos plausível que não se verifiquem tantas diferenças entre o grupo FSG e FSE, como seria, inicialmente, de esperar. Pela mesma razão, e corroborando parcialmente a hipótese, a FSE apenas se diferenciou dos OPA e N no fator *Reação dos outros aos meus erros* e total. É de salientar, mais uma vez, a falta de estudos que abordem as diferenças, em grupos clínicos, dos níveis de vergonha externa e, mais uma vez, apenas podemos referir o estudo de Rebelo (2012), que encontrou níveis de VE superiores nos adolescentes com fobia social

Esperavam-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas nos níveis de **autocriticismo** (Hipótese 2) entre os grupos FSG e FSE, com pontuações mais elevadas para os primeiros. Tal hipótese não foi corroborada já que, em todos os fatores da Escala de Autocriticismo e Autotranquilização e no autocriticismo total (fator *Eu-Inadequado* e fator *Eu-Detestado*), não se verificaram diferenças significativas entre estes grupos clínicos. No fator *Eu-Inadequado* e no autocriticismo total, o grupo FSG apresentou pontuações significativamente mais elevadas de autocriticismo comparativamente com o grupo OPA e com o grupo N, sendo que tal se encontra em consonância com outros estudos já efetuados. Em 2002, Cox, et al., verificaram mudanças no autocriticismo no decurso da intervenção para a fobia social. Cox, et al., (2004), mostraram que indivíduos com fobia social apresentavam pontuações mais elevadas de autocriticismo quando comparadas com sujeitos sem perturbações. Na população adolescente portuguesa, Rebelo (2012) verificou também que adolescentes com fobia social apresentaram valores significativamente

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocriticismo

superiores de autocrítico

Hipotetizamos que, no que se refere à vergonha e ao autocrítico estejam patentes sobreposições fenotípicas entre a FSG e FSE, havendo nestes sujeitos uma tendência semelhante para criarem imagens negativas e hostis relativamente a si próprios.

Na mesma hipótese esperavam-se pontuações significativamente superiores de autocrítico no grupo FSE comparativamente com os grupos OPA e N, o que apenas se verificou no fator *Eu-inadequado* na comparação com os N. No fator *Eu-Tranquilizador* não se verificaram diferenças entre nenhum dos quatro grupos em estudo.

No que toca a **sintomatologia depressiva**, eram esperadas, na Hipótese 3, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos FSG, FSE, OPA e N, com pontuações superiores para os dois grupos de fobia social. Esta hipótese foi parcialmente corroborada, tendo-se verificado pontuações significativamente mais elevadas no Inventário de Depressão (CDI) no grupo FSG comparativamente aos grupos FSE, OPA e N. Tal resultado encontra-se consonante com os estudos que referem que indivíduos com fobia social generalizada tendem a manifestar sintomatologia mais precocemente, e mais severa e têm maior taxa de psicopatologia associada, quando comparados com os sujeitos com fobia social específica (Turner et al, 1992). No que se refere à comparação entre os grupos FSE, OPA e N, a hipótese apontada não foi corroborada já que não se manifestaram diferenças significativas entre estes grupos. Tal poderá ser explicado pelo facto de, tanto na FSE como nas OPA, a sintomatologia se restringir a aspetos mais específicos, o que levará a uma menor interferência e menor vulnerabilidade para desenvolvimento de sintomatologia depressiva. De salientar que os dois grupos de adolescentes com fobia social mostraram níveis significativamente mais elevados de sintomatologia depressiva quando comparados com os adolescentes sem patologia.

A Hipótese 4 remetia para pontuações significativamente inferiores de **qualidade de vida** em sujeitos com FSG, comparativamente aos grupos FSE, OPA e N e entre o FSE e os grupos OPA e N. Nos três grupos clínicos, não existiram diferenças significativas quer para o total quer para as dimensões do Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes (Kidscreen-27), exceção feita à dimensão *Suporte Social*. Nesta dimensão, o grupo FSG diferenciou-se do grupo FSE e dos dois grupos de controlo, apresentando níveis significativamente mais reduzidos de qualidade de vida, o que seria de esperar dadas as condicionantes ao estabelecimento de relações interpessoais sentidas pelos sujeitos com FSG (Beidel et al, 1999; Bernstein et al, 2008; La Greca & Lopez, 1998; Rao et al. 2007). De fato, a ansiedade social excessiva caracteriza-se por uma resposta emocional intensa, recorrente e persistente, com influência no comportamento social do indivíduo (Cunha, 1996). 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 perturbação de pânico. Fehm et al (2008) e Wittchen et al (2000), usando amostras de adultos,

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocrítico

verificaram que a qualidade de vida dos fóbicos sociais foi significativamente reduzida em vários domínios de vida, salientando-se o funcionamento social e emocional. Carvalho (2012) encontrou que a FSG mostrava menor qualidade de vida quando comparada com OPA e N. Relativamente às restantes dimensões e total da Kidscreen-27, hipotetizamos que, apesar de os adolescentes com fobia social terem a percepção das dificuldades que são decorrentes dos seus diagnósticos clínicos, parecem não ter tendência a relacionar isso com restrições, evitamentos e comportamentos de segurança utilizados e que afetam e diminuem, naturalmente, a sua qualidade de vida.

A Hipótese 5 apontava para a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nos grupos em estudo, no que se referia à **interferência** avaliada pelos adolescentes e a **gravidade** atribuída pelo entrevistador. A hipótese foi corroborada pelos resultados, sendo que os sujeitos reportam a interferência na sua vida de acordo com a sua sintomatologia atual e não tendo em conta a existência, hipotética, de sintomas mais severos, logo mais interferentes.

Segundo a Hipótese 6, no grupo FSG eram esperadas correlações positivas e estatisticamente significativas entre medidas de ansiedade social e de ansiedade aos testes com **VE**, **VI** e **AC**. No grupo FSE eram esperadas correlações positivas e estatisticamente significativas entre medidas de ansiedade aos testes e VE, VI e AC.

No **grupo FSG**, verificou-se uma correlação positiva e significativa de ansiedade e evitamento social com VI e VE e ainda com os fatores *Eu- Detestado* e *Eu-Inadequado*. Resultados semelhantes foram verificados na correlação entre os mesmos construtos e a medida de ansiedade aos testes (RT), no mesmo grupo clínico, sendo de salientar as exceções relativamente aos fatores *Inferioridade* da OAS e *Eu-Inadequado* do FSCRS, mantendo-se, no entanto, a correlação positiva e significativa com o total de autocrítico. Assim, a hipótese apontada foi parcialmente corroborada. Os resultados encontrados mostram-se em consonância com estudos anteriores que verificaram correlações significativas (Gilbert, 2000b; Januário, 2011; Lutwak e Ferrari, 1997; Rebelo, 2012; Xavier, 2011; entre vergonha interna e externa e medidas de ansiedade social, sendo que no presente estudo as correlações encontradas variaram entre baixas a moderadas. Especificamente na vergonha externa, os dados encontrados vão ao encontro do verificado por Carvalho (2011), onde se salientou a correlação mais forte com o fator *Inferioridade* da OAS, tal como acontece no presente estudo. Também, à semelhança do estudo de Gilbert e Miles (2000), se encontrou uma relação positiva, moderada e significativa entre ansiedade social e o total da escala de vergonha externa.

Relativamente ao autocrítico, a associação entre ansiedade social e AC, vai ao encontro do verificado por Cox et al (2002), onde o autocrítico se mostrou positiva e moderadamente correlacionado com a ansiedade social. Segundo Gilbert *et al.* (2006), o autocrítico encontra-se relacionado com sentimentos de inferioridade. Os sujeitos com ansiedade

social tendem a sentir-se inferiores aos demais, pelo que seria de esperar os resultados encontrados. Quanto à autotranquilização, não se encontraram correlações significativas com as medidas de ansiedade social, contrariamente ao hipotetizado, já que, os sujeitos com ansiedade social, tendo tendência a autocriticar-se deveriam manifestar mais dificuldade em se reconfortar e ter compaixão por si.

Já no **grupo FSE**, não foram encontradas quaisquer correlações significativas entre a medida de ansiedade aos testes (RT) e vergonha, autocriticismo e autotranquilização, com exceção de uma relação positiva, significativa e moderada entre o RT e o fator *Inferioridade* da OAS. Os resultados mostram-se, na sua maioria, discordantes do encontrado por Januário (2011), num estudo com população normal, onde se verificaram, usando o RT, correlações significativas, positivas e baixas com as dimensões da Escala de Vergonha Externa e, correlações significativas, positivas e moderadas com a vergonha interna.

Dado o acima referido, esperava-se, na Hipótese 7, que a VI e a VE, nomeadamente os fatores *Inferioridade* e *Reação dos Outros aos meus erros*, se mostrassem preditores de ansiedade social. A sintomatologia depressiva foi incluída nas análises de regressão como fator a controlar por se saber das correlações fortes com a ansiedade social. Foram efetuadas análises de regressão usando, numa primeira fase a VI juntamente com os três fatores da OAS, numa segunda fase usaram-se as variáveis VI e os fatores da OAS em análises distintas e, finalmente, analisou-se cada um dos fatores da OAS em separado. Assim, verificou-se que, para o **grupo FSG**, a VI, a OAS *Inferioridade* e a OAS *Reação dos Outros aos meus erros*, mostraram ser preditores de ansiedade social. Os resultados encontrados corroboraram assim a hipótese levantada e vão ao encontro do sugerido por estudos anteriores (Carvalho, 2011; Januário, 2011; Rebelo, 2012) que têm mostrado um forte papel preditivo da vergonha externa, nomeadamente fator *Inferioridade*, na ansiedade social. Os resultados encontrados vão ainda de encontro do verificado por Gilbert (2000b), onde, quando controlada a sintomatologia depressiva, continuou a manter-se o papel preditivo da vergonha na ansiedade social, tal como se verificou no presente estudo. Já no **grupo FSE** (Hipótese 8), realizou-se apenas uma análise de regressão para o fator *Inferioridade da OAS*, sendo que este não se mostrou um preditor significativo de ansiedade social, encontrando-se este poder preditivo na sintomatologia depressiva. Os resultados obtidos não parecem encontrar-se de acordo com os autores que referem que, as situações de avaliação do desempenho são situações ameaçadoras do valor pessoal do sujeito, sendo activadoras de percepções de incompetência e limitações pessoais (Zeidner, 1998), geradoras de sentimentos de indesejabilidade, fraquesa, inadequação e defeito (Gilbert, 1998), pelo que seriam de esperar resultados diferentes.

A Hipótese 9 apontava para um papel preditivo do autocriticismo na FSG e FSE. Efetuada uma análise de regressão para o **autocriticismo total**, este não se mostrou um preditor significativo da ansiedade social, no **grupo FSG**. Apesar disto, o modelo mostrou ser significativo, o que pode

ser explicado pelo fato de a sintomatologia depressiva se encontrar no limiar de significância para a explicação da ansiedade social. No **grupo FSE** as análises não foram replicadas por não existirem correlações significativas entre a ansiedade aos testes e o autocriticismo. Os resultados obtidos no grupo FSG, são dissonantes do verificado por Cox et al (2004) e Shahar e Gilboa-Shechtman (2007), onde o autocriticismo se mostrou um preditor significativo de ansiedade social. Apesar disso, encontram-se de acordo com Cox et al (2000) e Rebelo (2012), onde, apesar de se ter verificado uma correlação positiva e significativa entre a ansiedade social e o autocriticismo, este não se revelou um preditor de ansiedade social.

Na Hipótese 10, no grupo FSG eram esperadas correlações positivas e significativas entre **ansiedade social, ansiedade aos testes, sintomatologia depressiva** e a **interferência e gravidade** e, ainda, correlações negativas e significativas entre as variáveis anteriores e a **qualidade de vida**. Os mesmos resultados eram esperados no grupo FSE mas relativamente à ansiedade aos testes. No entanto não se verificaram correlações significativas entre as medidas de autorresposta e a interferência e gravidade em nenhum dos dois grupos clínicos. Tais resultados não seriam de esperar uma vez que, quanto maiores as pontuações em medidas de ansiedade social e de ansiedade aos testes, maior se esperaria a interferência das dificuldades sentidas na vida do adolescente. Hipotetizamos que os resultados encontrados se devam, por um lado, à pouca capacidade dos adolescentes para perceber as consequências diretas e imediatas das suas dificuldades na sua vida e, por outro lado, à recomendação na ADIS-C de uma atribuição numérica de 0 (Nada interferente) a 8 pontos (Muitíssimo interferentes) de interferência, mostrando-se difícil aos adolescentes resumir a magnitude daquilo que sentem a um algarismo. Em ambos os grupos, verificou-se a inexistência de correlações significativas entre a interferência e gravidade e a qualidade de vida. Tal poderá igualmente dever-se às hipóteses explicativas acima referidas.

De salientar as correlações negativas e estatisticamente significativas entre ansiedade e evitamento social, no grupo **FSG**, e as dimensões Bem-estar Físico, Bem-estar Psicológico, Ambiente Escolar e Suporte Social e também com o total da escala de qualidade de vida Kidscreen-27. Tais resultados vão ao encontro da bibliografia que refere que que os indivíduos com fobia social têm menor qualidade de vida comparativamente a adolescentes com outros tipos de perturbações ansiosas (Carvalho, 2012; Cramer, 2005; Moitra, Stewart, & Ham, 2011; Quilty, Ameringen, Mancini, Oakman, & Farvolden, 2003; Saarni et al, 2007) e que quanto mais elevados os níveis de ansiedade social maior a tendência para os sujeitos se percepcionarem como tendo menos qualidade de vida (Fehm et al, 2008; Schneier et al., 1994). Já no **grupo FSE**, não existiram correlações significativas entre o RT e as dimensões ou total da Kidscreen-27, nem mesmo na dimensão ambiente escolar onde se esperava que tal acontecesse. De salientar que os estudos têm referido uma menor qualidade de vida no

subtipo fobia social generalizada (Cunha, 2005; Wittchen *et al.*, 1999; Wong, Sarver, & Beidel, 2012).

Finalmente, na Hipótese 11 apontavam-se o **desconforto** e os **evitamentos**, medidos pela EAESSA, como sendo preditores significativos da interferência nos grupos FSG e FSE. As análises de regressão efetuadas permitiram verificar que, no **grupo FSG**, a ansiedade social o evitamento e a sintomatologia depressiva foram preditores da interferência. Os resultados obtidos corroboram a hipótese apresentada e em muito se relacionam com a definição de fobia social. De fato, a ansiedade social caracteriza-se pelo medo marcado e persistente sentido em situações sociais ou de desempenho. O sujeito receia comportar-se de uma forma que pareça desajustada ou ridícula. O evitamento e a ansiedade antecipatória são caracterizadores desta perturbação e encontram-se inevitavelmente correlacionados com interferência na vida social, académica e ocupacional (APA, 2005). No que toca ao **grupo FSE**, não foram verificadas correlações entre a medida de ansiedade aos testes e a interferência pelo que não foram efetuadas análises de regressão. Hipotetizamos que tais resultados se devam ao facto de, a escala EAESSA remeter mais fortemente para situações de interação social, havendo poucos itens que reportem situações de desempenho. Este resultado pode estar relacionados com o fato de o evitamento de situações de desempenho, nomeadamente a realização de testes, ser praticamente impossível. Além disso, levanta-se ainda a possibilidade de, sendo a preocupação com os estudos um aspeto altamente valorizado pela sociedade, os sujeitos terem dificuldades em perceberem que o seu desconforto perante situações de desempenho é excessivo. De referir o estudo de Mazzone e colaboradores (2007), onde se verificou que a ansiedade apenas tem interferência no desempenho académico quando atinge um patamar claramente excessivo, portanto, a ansiedade não implica necessariamente pior funcionamento académico, podendo até ter um papel motivacional muito relevante.

Como **limitações** podemos salientar: a recolha da amostra, apesar de ter abarcado um grande número de estabelecimentos de ensino, concentrou-se na região centro, o que poderá influenciar a generalização dos resultados; as diferenças entre géneros na amostra, sendo a amostra clínica maioritariamente constituída por sujeitos do género feminino e a amostra sem patologia maioritariamente constituída por adolescentes do género masculino, pelo que se sugere que estudos futuros utilizem uma amostra maior, sem diferenças significativas entre os géneros e mais homogénea em termos geográficos; e, finalmente, a utilização de um instrumento de ansiedade aos testes para avaliar o grupo FSE, quando este quadro se alarga além dessa área. Como **sugestões** podemos ainda referir a utilização em estudos futuros de mais entidades clínicas para perceber mais especificamente as diferenças e semelhanças entre cada uma delas nos construtos avaliados e uma replicação do presente estudo para se poder aumentar a confiança nos resultados encontrados.

Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocrítismo

Cátia Domingues Garcia (e-mail:catia.d.garcia@gmail.com) 2013

Como **pontos fortes** deste trabalho podemos salientar: o uso de uma população clínica de tamanho considerável, por ser nesta população que se consegue adquirir uma melhor compreensão dos fenómenos de ansiedade social; o estudo ter sido efetuado numa amostra de adolescentes, por serem reduzidos os estudos nesta população, ainda mais quando se trata dos construtos estudados; a utilização de uma entrevista semiestruturada para possibilitar uma mais completa avaliação dos sujeitos da amostra, comparativamente ao uso exclusivo de questionários de autorresposta; o uso de um grupo de controlo clínico, adolescentes com outras perturbações de ansiedade, para melhor fazer a diferenciação dos aspetos essenciais da ansiedade social; e, finalmente, a utilização do grupo fobia social específica, pelos muito escassos estudos nesta população clínica.

Por último, esperamos com o presente estudo ter dado um passo no sentido da compreensão de uma entidade até aqui um pouco descurada, a fobia social específica, e pontos comuns ou diferenciadores da fobia social generalizada. Dado o novo especificador para ansiedade social específica introduzido no DSM-5 (2013) parece-nos o momento ideal para a exploração efetuada no decorrer desta dissertação e o eventual contributo para que, quiçá, a ansiedade de desempenho, nomeadamente a ansiedade social de desempenho específica a testes possa, mais tarde, ser considerado um quadro clínico separado da ansiedade social de interação.

Bibliografia

- Acarturk, C., Graaf, R., Straten, A., Have, M., Cuipers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life seeking.: A population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 43, 273-279. Doi: 10.1007/s00127-008-0309-1
- Amaral, V., Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2010). Relação entre Autocriticismo, Experiências Precoces de Subordinação e Sintomatologia Depressiva na Aduldez. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, Braga.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-IV-TR* (4ª Edição). Washington, DC: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-V*. Washington, DC: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- André, R. (2009). *Prevenção da depressão em adolescentes portuguesas: impacto negativo da comorbilidade da depressão- ansiedade e vantagens da promoção de flourishing*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Antony, M. M. & Rowa, K. (2008). *Social Anxiety Disorder*. USA: Hogrefe.
- Baptista, A., Soczka, L., & Pinto, A. (1989). Ansiedade aos exames: Aplicação do Reações aos Testes (RT) a uma amostra da população portuguesa. *Psicologia*, 7, 39-49.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- 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.
- Beidel, D. C. & Stipelman, B. (2007). Anxiety Disorders. In M. Hersen, S. M. Turner & D. C. Beidel (Eds.), *Adult Psychopathology and Diagnosis*. 5ª Edição. (pp. 349-409). John Wiley & Sons: New Jersey
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1988). Comorbidity of test anxiety and other anxiety disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 275-287.

- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- 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.
- Carvalho, A. R. (2012). *Fobia Social na Adolescência: O Impacto e Prevalência de uma Perturbação Silenciosa*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Carvalho, R. (2011). *Ansiedade social e a experiência de vergonha na adolescência*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Casanova, C. & Salvador, M. C. (2013). *Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica*. Manuscript in preparation. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- 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.
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psicologica*, 54, 63-86.
- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão: Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. Dissertação apresentada às provas de Doutoramento na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Cheung, M.S.P, Gilbert, P. & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36, 1143-1153. DOI: 10.1016/S0191-8869(03)00206-X.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for behavioral sciences* (revised ed.). New York: Academic Press.
- Cook, D.R. (1996). Empirical studies of shame and guilt: the Internalized shame scale. In D.L. Nathanson (Ed.) *Knowing feeling: affect, script and psychotherapy* (pp. 132-165). New York: W.W. Norton.
- Cox, B. J., Rector, N. A., Bagby, R. M., Swinson, R. P., Levitt, A. J., & Joffe, R. T. (2000). Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 57, 223-228. DOI: 10.1016/S0165-0327(99)00043-9.

- Cox, B. J., Walker, J. R., Enns, M. W. & Karpinski, D. C. (2002). Self-Criticism in Generalized Social Phobia and Response to Cognitive-Behavioral Treatment. *Behavior Therapy*, 33,479-491. DOI: 10.1016/S0005-7894(02)80012-0.
- Cox, B.J., Fleet, C. & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 82, 227–234. DOI: 10.1016/j.jad.2003.12.012.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringle, E. (2005). Quality of life and anxiety disorders: a population study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(3):196-202.
- Cunha, M. (1996). *A visão de si mesmo e dos outros na ansiedade social*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra
- Cunha, M. (2005). *Ansiedade social na adolescência: avaliação e trajetórias de desenvolvimento*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cunha, M., & Salvador, M. C. (2012). A versão Portuguesa da Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência (ADIS-C): Um estudo exploratório. Manuscrito em preparação.
- 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., 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., 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.
- 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.
- 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.

- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage.
- Figueira, S. (2010). *A Vivência de Vergonha nos adolescentes: estudo da Vergonha Externa e a sua relação com a Comparação Social e o Auto-criticismo*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- 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.
- Gilbert, P. & Andrews, B. (Eds) (1998). *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*. New York: Oxford University Press
- Gilbert, P. & McGuire, M. (1998). Shame, status and social roles: The psychobiological continuum from monkeys to humans. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.). *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*. (pp. 99-125). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. & Miles, J. N. V. (2000). Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774. DOI: 10.1016/S0191-8869(99)00230-5.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. (pp.118-150). Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2000b). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1: 174-189.
- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety. The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 723-751. DOI: 10.1016/S0193-953X(05)70260-4.
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A Biopsychosocial Conceptualisation and Overview, with Treatment Implications. In P. Gilbert and J. Miles (Eds). *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment*. Eds. London: Brunner-Routledge .
- Gilbert, P. (2002b). Evolutionary approaches to psychopathology: the role of natural defenses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 263-294. Doi: 10.1046/j.1440-1614.2001.00856.x.
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security: a biopsychosocial approach. In J. Robins, & J. Tangney (Eds.). *The self-conscious emotions: theory and research*: New York: Guilford.
- Gilbert, P., & Trower, P. (2001). Evolution and process in social anxiety. In W. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research, and interventions relating to the self and shyness* (pp. 259-280). New York: Wiley.
- Gilbert, P., Baldwin, M., Irons, C., Baccus, J. & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: an imagery study exploring their relation to

- depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, (2), 20, 183-200. DOI: 10.1891/088983906780639817.
- Gilbert, P., Clarke, M. Hempel, S., Miles, J. N. V. & Irons, C. (2004) Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50. DOI: 10.1348/014466504772812959.
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures-I: Other as Shamer Scale. *Personality and Individual Differences*, 5, 713-717. Doi: 10.1016/0191-8869(94)90149-X.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneider, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- 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.
- Januário, P. (2011). *Ansiedade Social e Vergonha na Adolescência*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra
- Kaufman, J. (1989). The psychology of shame: theory and treatment of shame-based syndromes. (2nd Ed). New York: Springer Publishing Company.
- Kearney, C. A. & Drake, K. (2002). Social Phobia. In M. Hersen. (Eds.), *Clinical Behavior Therapy Adults and Children*. (pp. 326-344). New York: John Wiley & Sons.
- 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. *Psychological Medicine*, 29(3):555-67.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friend-ships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- Lee, D. A. (2010). Using a compassionate ming to enhance the effectiveness of cognitive therapy for individuals who suffer from shame and self-criticism. In D. Sookman & R. L. Leahy. (Eds.), *Treatment resistant Anxiety Disorders* (pp. 233-254). New York: Routledge.
- Lutwak, N., & Ferrari, J. R. (2001). Shame and guilt and their relationship to positive expectations and anger expressiveness, *Adolescence*, 36, 641-653.
- 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.
- Marshall, J. R. (1994). *Social phobia: from shyness to stage fright*. New York: Basic Books.
- Marujo, H. M. (1995). Síndromas depressivos na infância e na adolescência. Fobia Social Específica e Generalizada: diferenças e semelhanças na relação com a vergonha e autocritismo

- Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Lisboa, Lisboa
- Matos, M., Gaspar, T., & Grupo Europeu KIDSCREEN (2005). *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.
- McNeil, D. W. (2001). Terminology and evolution of constructs in social anxiety and social phobia. In S. G. Hofmann and P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia* (pp. 8–19). Needham Height, MA: Allyn & Bacon.
- Meca, J. S., Alcázar A. I., Ródriguez J. O. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20(1), 55-68.
- Melo, A. C. (2006). *Ansiedade aos exames em contexto universitário*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra
- 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.
- 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.
- Pagura, J., Cox, B., Sareen, J., Enns, M. (2006). Childhood adversities associated with self-criticism in a nationally representative sample. *Personality and Individual Differences*, 41, 1287-1298
- Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: Mcgraw Hil.
- Pinto-Gouveia, J. (1997). Fobia Social: Conceito, Critérios de Diagnóstico, Epidemiologia e Características Clínicas. *Psiquiatria Clínica*, 18(4), 279-293.
- Piqueras, J.A., Olivares, J. y López-Pina, J.A. (2008). A new proposal for the subtypes of social phobia in a sample of Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 67-77.
- 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.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, p., Poer, 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.
- Rebello, S. (2012). *Fobia Social em Adolescentes: O Papel da Vergonha e do Autocriticismo*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- 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 Doutoramento na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sarason, I. G. (1984). Stress, anxiety, and cognitive interference: Reactions to tests. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 929-938
- 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.
- Shahar, G. & Gilboa-Shechtman, E. (2007). Depressive Personality Styles and Social Anxiety in Young Adults. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 4, 275-284.
- Silva, C. F. T. (2010). *A Escala das formas de auto-criticismo e de auto-tranquilização (FSCRS): características psicométricas na população adolescente*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child version. *Child Interview Schedule*. USA: Graywind Publications Incorporated.
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the Children’s Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 25-39.
- Soares, I. (2000). *Psicologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.

- 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. Doi: 10.1037//0021-843X.108.2.211.
- Stein, M. B., & Chavira, D. A. (1998). Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 50 Suppl 1, S11-16.
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606-1613.
- Stemberger, R., Turner, S.L., Beidel, D.C., & Calhoun, K.S. (1955). Social phobia: an analysis of possible factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526-531. Doi: 10.1037/0021-843X.104.3.526.
- Tangney, J. & Fischer, K. W. (1995). *Self conscious emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. New York: Guilford Press.
- Thompson, A. R., Kent, G. (2001). Adjusting to disfigurement: Processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review*, 21, (5): 663-682. Doi: 10.1016/S0272-7358(00)00056-8.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W., Stanley, M. A., & Jacob, R. G. (1991). Social phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 102-106.
- Vicente, A. (2011). O Reações aos Testes (RT): estudos de validação numa amostra de adolescentes portuguesa. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Michael, T., & Margraf, J. (2007). Subtypes of social phobia: Are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 59-75.
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Muller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15, 46-58.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Wong, N., Sarver, D.E., Beidel, D.C. (2012). Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 50-57.
- Xavier, S. (2011). *Relação entre Ansiedade Social e Vergonha numa amostra de estudantes universitários*. Tese de Mestrado não

publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra. Coimbra.

Zeidner M. (1998). Test Anxiety: The stat of art. New York: Plenum.