

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Catarina Alexandra Almeida Monteiro

PREDITORES DE MUDANÇA EM TERAPIA
COGNITIVA PARA ADOLESCENTES COM
ANSIEDADE SOCIAL: CRENÇAS SOCIAIS
DISFUNCIONAIS, ATENÇÃO AUTOFOCADA E
COMPORTAMENTOS DE SEGURANÇA

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo e pela Professora Doutora Paula Emanuel Rocha Martins Vagos e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Junho de 2022

Faculdade de Ciências do Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

Preditores de Mudança em Terapia Cognitiva para Adolescentes com Ansiedade Social: Crenças Sociais Disfuncionais, Atenção Autofocada e Comportamentos de Segurança

Catarina Alexandra Almeida Monteiro

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo e pela Professora Doutora Paula Emanuel Rocha Martins Vagos e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Junho de 2022



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

A presente Dissertação de Mestrado insere-se no âmbito do projeto “*Changing the Course of Social Anxiety in Adolescence*” (TeenSAD; PTDC/PSI-ESP/29445/2017; inscrito em Clinical Trials [NCT04979676]), atualmente a ser desenvolvido no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e apresenta como investigadora principal Professora Doutora Paula Emanuel Rocha Martins Vagos, sendo financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

Agradecimentos

Ao Professor Daniel Rijo, pela sua compreensão, honestidade e rigor, e principalmente pelo incentivo nas horas de maior aflição. Acima de tudo por ter permitido crescer e acreditar mais nas minhas capacidades.

À Doutora Paula Vagos, por toda a sua disponibilidade, paciência e cuidado ao longo deste percurso, mesmo quando as minhas dúvidas eram constantes. Agradeço a oportunidade de ter contado com o apoio de uma profissional de excelência.

À Diana, pela oportunidade de participar neste projeto e pela confiança depositada em mim. Acima de tudo pelo apoio e esclarecimento de todas as minhas dúvidas.

Aos meus pais, por serem os meus companheiros de todas as horas, pelo apoio sincero em todos os momentos e pelo amor incondicional.

À minha avó, pela paciência de todos os dias, pelos ensinamentos e conselhos e por todos os almoços de conforto e carinho ao meio dia.

À minha madrinha, João Pai, João Filho e Simão, que mesmo nos momentos em que a ansiedade me dominou nunca deixaram de acreditar em mim.

Ao meu bisavô, por partilhar sempre este sonho comigo, pelos momentos felizes da minha infância, que embora velho e distante nunca é esquecido.

Ao meu Tó, que partiu, cedo demais, durante este meu percurso, pelo apoio e orgulho que sentias em mim enquanto cá estiveste, pela luz que continuas a dar à minha vida, serás para sempre lembrado com eterna saudade.

Ao João, pelo companheirismo de todas as horas, pela compreensão, suporte e amor que nunca me deixaram vacilar.

À Andreia e à Raquel, por me terem ouvido nos momentos de angústia, pela partilha e paciência ao longo de todo este percurso, mas acima de tudo pelo verdadeiro valor da amizade.

A todos vocês,
Obrigada, por tudo.

Resumo

Existe evidência empírica sobre a aplicabilidade e eficácia do modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) para a mudança sintomática em adultos com Perturbação de Ansiedade Social (PAS). Já com adolescentes, as evidências sobre o efeito da terapia cognitiva na ansiedade social são escassas, bem como se essas mudanças se associam à mudança nos mecanismos propostos como fatores de manutenção da PAS. Este estudo pretende preencher esta lacuna, avaliando se há mudança na PAS em adolescentes após terapia cognitiva, e se essa mudança é explicada pelas mudanças nos mecanismos de manutenção (crenças sociais disfuncionais, atenção autofocada e comportamentos de segurança). Participaram no estudo 21 adolescentes (17 raparigas; 15-18 anos) com diagnóstico primário de PAS generalizada, que receberam intervenção cognitiva manualizada. Foi utilizado o *Latent Change Score Model* para investigar mudanças nos mecanismos de manutenção, e o quanto contribuem para explicar as mudanças na ansiedade social. Os resultados revelaram mudanças nos mecanismos de manutenção do pré para o pós-intervenção, e essas mudanças explicaram a mudança na ansiedade social nos mesmos momentos. No geral, os resultados ofereceram evidências acerca da eficácia da terapia cognitiva para adolescentes com PAS, apoiando o modelo teórico desta terapia e a relevância que a mesma coloca no reverter dos mecanismos psicológicos em análise.

Palavras Chave: perturbação de ansiedade social, terapia cognitiva da ansiedade social, adolescentes, mudança clínica, preditores de mudança

Abstract

There is empirical evidence on the applicability and effectiveness of Clark and Wells' cognitive model (1995) on promoting symptomatic change in adults with Social Anxiety Disorder (SAD). As for adolescents, the evidence about the effectiveness of cognitive therapy for SAD is scarce, as well as if observed changes associate with change in the mechanisms proposed as maintenance factors of SAD. This study aims to fill this gap by assessing whether there is a change in SAD in adolescents after cognitive therapy, and whether that change is explained by changes in maintenance mechanisms (dysfunctional social beliefs, self-focused attention, and safety behaviors). There were 21 adolescents who participated in the study (17 girls; 15-18 years old) with a primary diagnosis of generalized SAD, having received manualized cognitive intervention. The Latent Change Score Model was used to investigate changes in maintenance mechanisms, and to what point those changes contributed to explain changes in social anxiety symptoms. Results revealed changes in maintenance mechanisms from pre to post-intervention, and those changes explained the change in social anxiety at the same moments. Overall, findings provided evidence about the effectiveness of cognitive therapy for adolescents with SAD, offering support for the theoretical model and about the relevance it places on reversing the psychological mechanisms under research.

Keywords: social anxiety disorder, cognitive therapy of social anxiety, adolescents, clinical change, change predictors

Índice

Resumo	5
Abstract	6
Preditores de Mudança em Terapia Cognitiva para Adolescentes com Ansiedade Social: Crenças Sociais Disfuncionais, Atenção Autofocada e Comportamentos de Segurança	8
O Presente Estudo	13
Método	13
Participantes	13
Procedimento de Amostragem	14
Instrumentos	15
<i>Instrumentos de Recrutamento da Amostra</i>	15
<i>Instrumentos de Avaliação de Eficácia</i>	16
Intervenção	20
Análise dos Dados	21
Resultados	22
Análises de Dados Preliminares	22
Mudança nas Variáveis em Estudo do Pré para o Pós-Intervenção	22
<i>Crenças Sociais Disfuncionais, Atenção Autofocada e Comportamentos de Segurança</i>	23
<i>Ansiedade Social</i>	24
Efeito da Mudança dos Mecanismos de Manutenção para a Mudança da Ansiedade Social ...	24
<i>Crenças Sociais Disfuncionais e Ansiedade social</i>	24
<i>Atenção Autofocada e Ansiedade social</i>	25
<i>Comportamentos de Segurança e Ansiedade Social</i>	26
Discussão	26
Referências.....	31

Preditores de Mudança em Terapia Cognitiva para Adolescentes com Ansiedade Social: Crenças Sociais Disfuncionais, Atenção Autofocada e Comportamentos de Segurança

A resposta ansiosa desempenha funções importantes em muitas situações, em particular nas situações sociais. A ansiedade experienciada nas situações sociais, designada por *ansiedade social*, é uma experiência comum a todos os seres humanos. Conceptualizada num contínuo, a ansiedade social varia desde um grau ligeiro comum a todos os humanos e com funções reguladoras no funcionamento social em grupo, até um grau extremo que interfere com o desempenho social e provoca mal-estar subjetivo elevado. O grau extremo é o que se designa por *Perturbação de Ansiedade Social* (PAS; Pinto-Gouveia, 2000). A PAS caracteriza-se por um medo intenso de situações sociais nas quais o indivíduo possa estar exposto ao escrutínio de outros (American Psychiatric Association [APA], 2013). Os indivíduos com PAS temem comportar-se de forma humilhante ou ridícula, receando que os outros avaliem negativamente tais comportamentos e os rejeitem (Pinto-Gouveia, 2000). A PAS é a terceira perturbação psicopatológica mais comum (Kessler et al., 2012b), apresentando um curso persistente e com raras remissões espontâneas (Beesdo-Baum et al., 2012), bem como uma elevada taxa de comorbilidade (Koyuncu et al., 2019). O seu início ocorre geralmente na infância ou adolescência (Kessler et al., 2005), tratando-se de uma doença crónica com início precoce (Kessler et al., 2012a). Estudos anteriores têm colocado a taxa de prevalência desta perturbação em adolescentes entre 1.6% (Essau et al., 1999) e 9.1% (Merikangas et al., 2010). A PAS está associada a prejuízos significativos na qualidade de vida dos indivíduos (Stein & Kean, 2000) e, em particular na adolescência, no que se refere aos relacionamentos interpessoais e românticos (Hebert et al., 2012) e a dificuldades no desempenho académico (Soohinda & Sampath 2016). A ansiedade social aumenta a probabilidade de vitimização por parte dos pares, dado que as dificuldades em estabelecer relações íntimas com os pares leva ao isolamento social, o que por sua vez pode conduzir a vitimização (Acquah et al., 2016). Uma revisão sistemática recente mostrou que a baixa qualidade de amizades, a par da rejeição e vitimização por pares, foram associadas prospectivamente à ansiedade social; a aceitação por pares não foi associada à ansiedade social posterior (Chiu et al., 2021b).

A adolescência é um período de desenvolvimento sensível ao início da ansiedade social (Haller et al., 2015), uma vez que é pautado por mudanças físicas, cognitivas, neurobiológicas, sociais e comportamentais (Blakemore & Mills, 2014; Tillfors & Van Zalk, 2015). A autoconsciência é uma destas mudanças cognitivas, sobretudo a autoconsciência pública (Rankin

et al., 2004), que dirige a atenção da pessoa para o self como objeto social (Tillfors & Van Zalk, 2015). O desenvolvimento desta autoconsciência está relacionado com a ansiedade social (Mallet & Rodriguez-Tomé, 1999), uma vez que torna os adolescentes mais sensíveis à forma como estão a ser percebidos pelos outros, dando-lhes informação sobre como se devem comportar em relação às outras pessoas (Leigh & Clark, 2018). A par desta autoconsciência aumentada, a relevância colocada na relação com pares durante a adolescência confere vulnerabilidade para a ansiedade social. A relação com os pares ganha uma importância significativa na adolescência, sendo dado mais valor às opiniões e expectativas dos colegas, o que influencia as atividades, atitudes e bem-estar emocional do adolescente (Brown & Larson, 2009). Apesar dos adolescentes estarem preparados para privilegiar o alargamento das suas redes sociais, em alguns deles isso aumentará a vulnerabilidade para o surgimento e manutenção dos seus medos sociais (Eldreth et al., 2013).

Para além de se tratar de um período desenvolvimental propício ao desenvolvimento de PAS, a adolescência é também uma fase caracterizada por alguma plasticidade, o que representa uma oportunidade privilegiada para desenvolver (Lassen et al., 2019) e oferecer intervenções eficazes (Haller et al., 2015) junto desta população. A *terapia cognitiva*, que tem por base o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) e que provou ser o tratamento de eleição para a PAS em adultos (Mayo-Wilson et al., 2014), poderá ser uma opção de intervenção nesta fase do desenvolvimento. Uma revisão sistemática recente sugere ser possível a adaptação desse modelo e intervenção para adolescentes (Leigh & Clark, 2018). Existem evidências preliminares sobre a eficácia da terapia cognitiva junto de adolescentes (Ingul et al., 2014; Leigh & Clark, 2016; Leigh et al., 2021b), que a indicam como um tratamento promissor para a PAS na adolescência (Leigh & Clark, 2019). Contudo, a evidência acerca da eficácia desta intervenção é ainda preliminar no que se refere a adolescentes com PAS (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2013), particularmente no que concerne aos mecanismos que sustentam a mudança terapêutica na ansiedade social.

O *modelo cognitivo de Clark e Wells* (1995) foi desenvolvido especificamente para explicar a persistência da ansiedade social, apesar da exposição regular dos indivíduos ansiosos a situações sociais (Clark, 2001). Este modelo enfatiza vários aspetos como fatores de manutenção da ansiedade social e que, como tal, podem atuar como mecanismos facilitadores da mudança terapêutica na PAS. Segundo o modelo de Clark e Wells (1995), as pessoas com ansiedade social desenvolveram, com base nas suas experiências, *crenças disfuncionais sobre si próprios e sobre*

o mundo social. Quando se encontram numa situação social, tais crenças são ativadas, o que leva a que os indivíduos vejam as situações sociais como perigosas e ameaçadoras (Clark, 2001). As crenças sociais disfuncionais são mantidas por uma sucessão de respostas cognitivas, afetivas e comportamentais que se autoperpetuam e evitam a desconfirmação dessas mesmas crenças, mantendo assim a ansiedade social elevada (Leigh & Clark, 2018). Estas respostas incluem vários mecanismos que estão interligados entre si, nomeadamente a atenção autofocada, processamento diminuído das pistas externas, uso de informações interoceptivas para inferir como se aparece aos outros, recurso a comportamentos de segurança, interpretação errónea de sintomas somáticos e cognitivos, processamento antecipatório e a autópsia da situação (Clark & Wells, 1995). O presente estudo incidirá sobre os mecanismos de manutenção que ocorrem durante as situações sociais (i.e., crenças sociais disfuncionais, atenção autofocada e comportamentos de segurança), uma vez que a intervenção segundo este modelo coloca uma ênfase especial na reversão destes mecanismos.

Quando os indivíduos com PAS acreditam que estão em perigo de serem avaliados negativamente pelos outros (Clark, 2001), a sua *atenção foca-se na monitorização de si mesmo* e das próprias sensações corporais, e essas informações interoceptivas são utilizadas para tirar conclusões sobre como aparecem aos outros e sobre o que os outros pensam do próprio (Santoft et al., 2019). Como o foco de atenção está em si próprio (*atenção autofocada*), é aumentada a consciência dos sintomas físicos e cognitivos, dos pensamentos sociais negativos e das representações mentais negativas de si mesmo, o que leva a um processamento diminuído das pistas externas (Leigh & Clark, 2018). A hipervigilância a pistas internas leva a que os indivíduos percebem essas pistas como sinais de ansiedade ou perda de controlo, o que por sua vez ainda as intensifica mais (Clark & Wells, 1995). As pistas internas acessíveis a partir da atenção autofocada, que abarcam os pensamentos sociais negativos e os sintomas de ansiedade, são usadas pelos indivíduos para criarem uma imagem mental de como pensam que os outros os veem, habitualmente numa perspetiva de observador e excessivamente negativa, o que tende a confirmar as crenças sociais disfuncionais (Clark, 2001; Leigh & Clark, 2018). Isto não só impede que o indivíduo faça avaliações precisas sobre o seu verdadeiro desempenho social, como também diminui a capacidade de identificar sinais de ser aceite por parte dos outros (Santoft et al., 2019).

Os *comportamentos de segurança* são utilizados nas situações sociais para prevenir uma consequência social temida. Por exemplo, se um individuo teme tremer e verter o café enquanto

bebe na presença de outras pessoas, segurará a chávena com muita força. Se a consequência social temida não ocorrer, os indivíduos com PAS atribuem a não ocorrência ao uso dos comportamentos de segurança, e não ao facto da situação social ser menos perigosa do que antecipado com base em crenças sociais disfuncionais. Para além disso, os comportamentos de segurança podem gerar alguns dos sintomas temidos pelos indivíduos com PAS, nomeadamente chamando a atenção para si próprio e levando a respostas menos amigáveis por parte dos outros, o que pode confirmar os próprios medos sociais. Estes comportamentos não só não levam à desconfirmação das crenças sociais disfuncionais, como podem ser contraproducentes, aumentando a probabilidade da ocorrência da consequência social temida (Santoft et al., 2019). A utilização desses comportamentos pode aumentar a atenção autofocada e a automonitorização, amplificando a autoimagem negativa e os sintomas de ansiedade. Por sua vez, a redução na atenção dirigida ao comportamento dos outros tende a reduzir a qualidade do desempenho social (Clark, 2001).

Diversos estudos com adultos evidenciaram o papel destes mecanismos na manutenção da ansiedade social e, conseqüentemente, das premissas propostas pelo modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) para a PAS. Trabalhos anteriores mostraram que mudanças nas crenças sociais disfuncionais decorrentes de intervenções cognitivas-comportamentais estão associadas a reduções nos níveis de ansiedade social (Calamaras et al., 2015; Gregory et al., 2018). Também a mudança na atenção autofocada foi associada à diminuição dos níveis ansiedade social, na terapia cognitiva individual (Mortberg et al., 2015) e em grupo (Hedman et al., 2013). A redução na frequência dos comportamentos de segurança, com base na intervenção cognitivo-comportamental em grupo, foi igualmente associada a menores níveis de ansiedade social do pré para o pós-intervenção (Goldin et al., 2016). Santoft e colaboradores (2019) mostraram que a mudança nos mecanismos (i.e., crenças sociais disfuncionais associadas à probabilidade estimada da ocorrência de situações sociais negativas e custo estimado dessas situações, atenção autofocada e comportamentos de segurança) levam à diminuição dos níveis de ansiedade social do pré ao pós-intervenção e, por sua vez, menores níveis de ansiedade social levam a reduções nos quatro mecanismos elencados.

Contudo, a relevância destes mecanismos na manutenção da ansiedade social em adolescentes tem sido, ainda, pouco explorada. Recentemente, uma revisão sistemática revelou uma forte associação entre crenças sociais disfuncionais, comportamentos de segurança, atenção autofocada, o processamento antecipatório e a autópsia, por um lado, e a ansiedade social, por

outro. Porém, estas conclusões são limitadas, uma vez que a maioria dos estudos incluídos nessa revisão eram de natureza correlacional e transversal (Leigh & Clark, 2018). Outros estudos de natureza longitudinal mostraram que as crenças sociais disfuncionais, os comportamentos de segurança e a atenção autofocada estão associadas a níveis prospectivos de ansiedade social nos adolescentes (Chiu et al., 2021a). Leigh e colaboradores (2021a) evidenciaram o papel causal da atenção autofocada e dos comportamentos de segurança na ansiedade social nos adolescentes. Figueiredo e colaboradores (2022) encontraram um efeito positivo das crenças sociais disfuncionais na ansiedade social, direto e indireto, através dos comportamentos de segurança, ao longo do tempo. Já no que toca à atenção autofocada, neste estudo, esta não mediou a ligação entre crenças sociais disfuncionais e ansiedade social, mas contribuiu para um efeito indireto mais forte entre aquelas variáveis, indicando que a atenção autofocada pode ser importante para explicar a ansiedade social nos adolescentes ao longo do tempo.

No que respeita à intervenção cognitiva para modificação de sintomas associados à PAS, um ensaio clínico controlado e aleatorizado em adolescentes mostrou que, após a terapia cognitiva individual (embora a terapia cognitiva para a PAS não tenha sido totalmente implementada), os adolescentes apresentaram reduções significativas nas crenças sociais disfuncionais, assim como na ansiedade social, tanto no final do tratamento como no *follow-up* de 12 meses (Ingul et al., 2014). Leigh e Clark (2016) realizaram um estudo piloto com base na terapia cognitiva para a PAS adaptada para os adolescentes, tendo os participantes evidenciado melhorias significativas no pós-intervenção, com diminuição da ansiedade geral, da depressão, de pensamentos relacionados à ansiedade social, de crenças e de comportamentos de segurança, bem como um aumento da concentração na sala de aula. Por recurso à mesma intervenção, aplicada num serviço de saúde mental para crianças e adolescentes durante um período de prática supervisionada, Leigh e colaboradores (2021b) observaram melhorias relevantes nos participantes, refletidas em menor endosso de crenças sociais disfuncionais, menor recurso a comportamentos de segurança, e menores níveis de ansiedade social. Estes estudos mostram mudanças em alguns dos mecanismos propostos pelo modelo de Clark e Wells (1995) como fatores de manutenção de ansiedade social em consequência da terapia cognitiva, a par com uma diminuição nos níveis de ansiedade social experienciada. No entanto, não é claro que tenha sido a mudança nestes mecanismos a explicar a mudança na ansiedade social nos adolescentes. O único estudo conhecido até ao momento que explica a mudança na ansiedade social tendo em conta a mudança num destes mecanismos usou

uma amostra de crianças (com idades compreendidas entre 7 e 12 anos), e verificou que uma diminuição nas crenças sociais disfuncionais foi prospectivamente relacionada com a mudança na ansiedade social entre o pós-intervenção e o *follow-up* a 6 meses (Mobach, et al., 2021).

O Presente Estudo

O objetivo do presente estudo é avaliar se as mudanças nos mecanismos de manutenção propostos pelo modelo cognitivo (Clark & Wells, 1995; especificamente as crenças sociais disfuncionais, atenção autofocada e comportamentos de segurança), estão associadas às mudanças na ansiedade social de adolescentes, após terapia cognitiva. Este estudo tem como objetivos específicos: (1) analisar se a terapia cognitiva leva a mudanças nos mecanismos de manutenção, do pré para o pós-intervenção e (2) analisar se as mudanças nos mecanismos de manutenção explicam a mudança na ansiedade social do pré para o pós-intervenção. No que respeita ao primeiro, espera-se que haja mudanças nestes mecanismos (crenças sociais disfuncionais, atenção autofocada e comportamentos de segurança), bem como na ansiedade social autorrelatada do pré para o pós-intervenção. Esta expectativa é sustentada em estudos anteriores que mostram evidências preliminares acerca da eficácia da terapia cognitiva da PAS com adolescentes (Ingul et al., 2014; Leight & Clark, 2016; Leight et al., 2021b). Quanto analisar se as mudanças nos mecanismos de manutenção explicam a mudança na ansiedade social do pré para o pós-intervenção, espera-se que as mudanças nesses mecanismos façam prever a diminuição da ansiedade social autorrelatada, como foi verificado por Mobach e colaboradores (2021) numa amostra com crianças e em concreto no que se refere a crenças sociais disfuncionais. Estas suposições estão alinhadas com o modelo de Clark e Wells (1995) que supõe que o tratamento cognitivo para a PAS visa reverter estes mecanismos de manutenção, com a finalidade última de promover a diminuição de ansiedade social (Clark, 2001), bem como com estudos anteriores que mostram que as crenças sociais disfuncionais, os comportamentos de segurança e a atenção autofocada estão associados a níveis prospectivos de ansiedade social nos adolescentes (Chiu et al., 2021a).

Método

Participantes

Os participantes foram 21 adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos ($M = 16.10$, $DP = 0.77$), no momento em que integraram o estudo. Destes, 81% eram do sexo feminino ($n = 17$) e 19% do sexo masculino ($n = 4$). Relativamente nível socioeconómico, tendo

em conta a profissão dos pais, 28.6% dos participantes eram provenientes de famílias de nível socioeconómico baixo ($n = 6$), 57.1% dos adolescentes eram oriundos de famílias de nível socioeconómico médio ($n = 12$) e 14.3% dos participantes eram procedentes de famílias de nível socioeconómico alto ($n = 3$). No que concerne ao ano escolar, 38.1% dos adolescentes frequentavam o 10ºano ($n = 8$), 52.4% dos adolescentes frequentavam o 11ºano ($n = 11$) e 9.5% dos participantes frequentavam o 12ºano ($n = 2$). Dos 21 adolescentes, 23.8% já tinham tido acompanhamento psicológico anterior ($n = 5$) e 76.2% não tinham experiência de acompanhamento psicológico prévio ($n = 16$).

Todos os participantes tinham o diagnóstico primário da PAS generalizada, realizado por recurso à Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Para Crianças e Adolescentes (MINI-KID; Sheehan et al., 2010; Rijo et al., 2016). Relativamente às comorbilidades, no momento de alocação à condição de terapia cognitiva, 76.2% dos participantes apresentaram apenas um diagnóstico ($n = 16$; PAS generalizada) e 19% dos adolescentes apresentaram um diagnóstico adicional ($n = 4$; perturbação de ansiedade generalizada [$n = 2$], fobia específica do tipo animal [cobras e insetos; $n = 1$] e perturbação de hiperatividade e défice de atenção do tipo desatento [$n = 1$]). Em relação à gravidade dos sintomas, apresentada pelos adolescentes no momento em que integram o estudo, 42.9% dos adolescentes apresentaram uma gravidade moderada ($n = 9$), 52.4% apresentaram uma gravidade marcada ($n = 11$) e 4.8% apresentaram gravidade severa ($n = 1$).

Procedimento de Amostragem

A amostra foi recolhida no âmbito de um projeto de investigação mais vasto, *Changing the Course of Social Anxiety in Adolescence* (TeenSAD; PTDC/PSI-ESP/29445/2017; inscrito em Clinical Trials [NCT04979676]), aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. À data do presente trabalho, haviam sido recrutados 983 adolescentes em 15 escolas do ensino secundário em todo o país. Foi solicitado consentimento escrito e informado aos encarregados de educação para todos os adolescentes menores de 18 anos e consentimento verbal por parte dos participantes, após o esclarecimento dos objetivos, procedimentos do estudo e da confidencialidade das suas respostas. Aqueles com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos e estudantes do 10º e 11º ano escolar responderam à versão portuguesa da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A; La Greca, & Lopez, 1998; Cunha et al., 2004). Aqueles que pontuaram um desvio padrão acima da média na escala total deste instrumento foram sujeitos a uma entrevista clínica estruturada individual. Dos 256 adolescentes

que foram selecionados com base nessa pontuação, cinco recusaram continuar a participar e 55 não foram localizados através do contacto que tinham fornecido. Deste modo, 196 participantes foram entrevistados. As entrevistas foram dirigidas por psicólogos clínicos experientes e tinham como objetivo avaliar os critérios de inclusão e exclusão; foi utilizada a versão portuguesa da Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Para Crianças e Adolescentes (MINI-KID; Sheehan et al., 2010; Rijo et al., 2016). Os critérios de inclusão foram ter idade compreendida entre 15 e 18 anos e ter o diagnóstico primário da PAS generalizada (APA, 2013). Os critérios de exclusão incluíram ter a indicação de necessidades educacionais específicas, sintomas psicóticos ou risco de suicídio, ou estar no momento a receber acompanhamento psicológico. Daqueles que foram entrevistados, 82 adolescentes preencheram os critérios para receberem a intervenção para a PAS e 29 foram convidados para participarem na terapia cognitiva; oito adolescentes não concluíram a intervenção. Os 53 restantes participantes foram alocados a condições experimentais (e.g., terapia da aceitação e do compromisso para a PAS), que não vão ser consideradas neste trabalho.

Instrumentos

Instrumentos de Recrutamento da Amostra

Todos os participantes, no momento de triagem, responderam um questionário sociodemográfico (sexo biológico, idade, ano de escolaridade, número de reprovações prévias, profissão dos pais nas quais foram baseadas a definição do nível socioeconómico e história de acompanhamento psicológico) e à Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A; La Greca, & Lopez, 1998; Cunha et al., 2004). Posteriormente, tendo em conta a pontuação na SAS-A, os participantes foram sujeitos a uma entrevista clínica estruturada individual, a Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Para Crianças e Adolescentes (MINI-KID; Sheehan et al., 2010; Rijo et al., 2016).

Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A).

A Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A; La Greca, & Lopez, 1998; Cunha et al., 2004), é um instrumento de autorrelato que avalia as experiências de ansiedade social dos adolescentes no contexto das relações com os pares. É constituída por 22 itens dos quais quatro não são contabilizados para a pontuação total, uma vez que se tratam de itens neutros. A escala de resposta é do tipo *likert* que varia desde 1 (*de forma nenhuma*) até 5 (*todas as vezes*). Quanto maior for a pontuação obtida, maior é ansiedade social medida. Esta escala permite, para além do resultado total da escala, três resultados derivados dos fatores ou subescalas que a compõem e que

são o Medo da Avaliação Negativa, o Desconforto e Evitamento Social em Situações Novas, e o Desconforto e Evitamento Social Generalizado. No presente estudo foi considerada apenas a medida total da escala na fase inicial de triagem, que apresentou boa consistência interna na sua versão portuguesa ($\alpha = .88$). Mostrou moderada fiabilidade teste-reteste ($r = .74$), validade convergente com medidas de ansiedade social e ansiedade geral e validade discriminante com uma medida de depressão (Cunha et al., 2004). No presente estudo, a SAS-A mostrou excelente consistência interna com um alfa de *Cronbach* de .90.

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Para Crianças e Adolescentes (MINI-KID).

A Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Para Crianças e Adolescentes (MINI-KID; Sheehan et al., 2010; Rijo et al., 2016), é uma entrevista clínica estruturada de diagnóstico utilizada em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos, que permite avaliar as perturbações mentais do Eixo I de acordo com os critérios do DSM-IV e da CID-10. A MINI-KID está dividida em módulos, na qual cada módulo corresponde a uma categoria de diagnóstico. No início de cada módulo existem uma ou mais perguntas de triagem que coincidem com os critérios principais da cada perturbação, seguidas por perguntas adicionais específicas dos sintomas de cada perturbação. As perguntas estão elaboradas no formato binário “sim/não”. Esta entrevista permite diagnosticar as perturbações mentais categoricamente, ou seja, se tem ou não a perturbação, e dimensionalmente, tendo em conta o número de critério cumpridos para cada perturbação. A MINI-KID mostrou sensibilidade de substancial a quase perfeita (K varia entre .61 e 1.00) para 15 das 20 perturbações individuais do DSM-IV, especificidade de excelente a quase perfeita (K varia entre .81 e 1.00) para 18 perturbações e substancial para as restantes 2 perturbações ($k > .73$). Mostrou fiabilidade teste-reteste e confiabilidade inter-observadores de substanciais a quase perfeitas (K varia entre .64 e 1.00) para todas as perturbações individuais da MINI-KID, com a exceção da distímia (Sheehan et al., 2010). A entrevista foi realizada por investigadores com treino na administração e experiência na avaliação de adolescentes, investigadores estes que integraram a equipa do projeto de investigação acima referido.

Instrumentos de Avaliação de Eficácia

Os participantes selecionados para a terapia cognitiva responderam a um protocolo de autorrelato composto por vários instrumentos nos momentos pré e pós-intervenção; quatro desses instrumentos foram utilizados para este estudo (ver abaixo). Estes instrumentos foram utilizados

para avaliar a sintomatologia de ansiedade social e variáveis relacionadas, de forma autorrelatada do pré ao pós-intervenção.

Escala de Crenças e Pensamentos Sociais (EPCS).

A Escala de Crenças e Pensamentos Sociais (EPCS; Turner et al., 2003; Vagos et al., 2010), é um questionário de autorrelato, que visa avaliar cognições típicas da ansiedade social. É constituída por 21 itens, e cada item é respondido numa escala gradativa de 5 pontos, que varia desde 1 (*nada característico*) até 5 (*sempre característico*). Quanto maior a pontuação, maior o endosso das crenças sociais disfuncionais características de ansiedade social face a situações sociais ansiógenas. A sua versão original, revelou uma estrutura de dois fatores ($\alpha = .95$ para Comparação Social e $\alpha = .93$ para Inaptidão Social), com excelente consistência interna para os dois fatores, assim como para a escala completa ($\alpha = .96$). Mostrou forte fiabilidade teste-reteste para o total da escala ($r = .94$), bem como para os fatores ($r = .94$, $r = .95$) e sensibilidade na discriminação de pessoas com PAS, em relação a pessoas com outras perturbações ou sem nenhuma patologia (Turner et al., 2003). A escala foi traduzida da língua inglesa para a portuguesa. Na sua versão portuguesa com adolescentes, os resultados indicaram que a escala é composta por dois fatores diferentes da versão original: Desconforto na Interação Social (i.e., crenças sociais disfuncionais referentes a situações sociais onde o adolescente está em contacto direto com outras pessoas: e.g., “Quando estou numa situação social, pareço desajeitado as outras pessoas”) e Desconforto no Desempenho Público (i.e., crenças sociais disfuncionais relativas a situações sociais nos quais o desempenho social está a ser observado, avaliado ou comparado com outros: e.g., “Sinto que as outras pessoas parecem mais inteligentes do que eu”). Esta versão da escala apresentou boa consistência interna para a escala completa ($\alpha = .82$), e excelente consistência interna para os fatores ($\alpha = .93$ para Desconforto na Interação Social e $\alpha = .91$ para Desconforto no Desempenho Público), bem como mostrou validade de construto para com medidas de ansiedade social (Vagos et al., 2010). No presente estudo, a EPCS apresentou consistência interna de boa a excelente para a escala completa ($\alpha = .87$ na pré-intervenção e $\alpha = .96$ no pós-intervenção) e para os fatores ($\alpha = .80$ para Desconforto na Interação Social no pré-intervenção e $\alpha = .94$ no pós-intervenção; $\alpha = .76$ para Desconforto no Desempenho Público no pré-intervenção e $\alpha = .90$ no pós-intervenção).

Escala de Atenção AutoFocada (EAAF).

A Escala de Atenção AutoFocada (EAAF; Bögels et al., 1996; Fontinho & Salvador, 2012), é um instrumento de autorrelato, que avalia a atenção autofocada numa situação social. É composta por 11 itens que se dividem em dois fatores: Atenção Autofocada na Própria Ativação Fisiológica (e.g., “Quando me sinto nervoso na presença de outras pessoas, estou constantemente a avaliar se corro, tremo ou transpiro”), e Atenção Autofocada no Próprio Comportamento (e.g., “Quando me sinto nervoso na presença de outras pessoas, estou constantemente a avaliar se compreendo o que os outros estão a dizer”). A escala de resposta, é do tipo *Likert* variando de 1 (*nada*) a 5 (*totalmente*), sendo que quanto maior for a pontuação, maior será a intensidade da atenção autofocada. Na sua versão original, mostrou boa consistência interna para o total da escala ($\alpha = .88$), assim como para os fatores ($\alpha = .86$ para Atenção Autofocada na Própria Ativação Fisiológica e $\alpha = .78$ para Atenção Autofocada no Próprio Comportamento; Bögels et al., 1996). Na versão portuguesa para adolescentes, a EAAF mostrou consistência interna de boa a excelente na totalidade dos itens ($\alpha = .91$) e nos fatores ($\alpha = .86$ para Atenção Autofocada na Própria Ativação Fisiológica e $\alpha = .88$ para Atenção Autofocada no Próprio Comportamento). Apresentou moderada fiabilidade teste-reteste para o total da escala ($r = .65$) e para os fatores ($r = .57$). Mostrou, ainda, validade convergente com medidas de ansiedade social e atenção autofocada, e validade discriminante com uma medida de depressão (Fontinho & Salvador, 2012). No presente estudo, a EAAF apresentou excelente consistência interna para a escala completa ($\alpha = .91$ no pré-intervenção e $\alpha = .93$ no pós-intervenção), e consistência interna de boa a excelente para os fatores ($\alpha = .88$ para Atenção Autofocada na Própria Ativação Fisiológica no pré-intervenção e $\alpha = .91$ no pós-intervenção; $\alpha = .81$ para Atenção Autofocada no Próprio Comportamento no pré-intervenção e $\alpha = .92$ no pós-intervenção).

Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA).

A Escala de Comportamento de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA; Silva et al., 2010), é um instrumento de autorrelato, que avalia a frequência dos comportamentos de segurança usados nas situações sociais por adolescentes. É composta por 20 itens (e.g., “Falas pouco, reduzindo ao mínimo o que tens para dizer”), e a escala de resposta é do tipo *likert* que varia desde 1 (*nunca*) até 4 (*quase sempre*). Quanto maior for a pontuação obtida, maior será a frequência de utilização de comportamentos de segurança. A ECSSSA mostrou ter

uma estrutura unifatorial, boa consistência interna ($\alpha = .81$), forte fiabilidade teste-reteste ($r = .81$), validade convergente com medidas de ansiedade social e ansiedade geral e validade discriminante com uma medida de depressão. Para além disso, a ECSSSA demonstrou poder discriminante entre adolescentes com e sem PAS e sensibilidade às mudanças decorrentes de tratamento (Silva, et al., 2010). No presente estudo, a ECSSSA apresentou consistência interna de boa a excelente com alfas de *Cronbach* de .74 (pré-intervenção) e de .91 (pós-intervenção).

Escala de Ansiedade e Evitamento Social para Adolescentes (EAESSA).

A Escala de Ansiedade e Evitamento Social para Adolescentes (EAESSA; Cunha et al., 2008), é um questionário de autorrelato, que avalia a ansiedade e o evitamento numa ampla gama de situações sociais. É composta por 30 itens (e.g., “Ir a uma festa dada por um colega”), na sua versão adaptada para adolescentes tardios (Vagos et al., 2014). Os itens representam experiências sociais típicas da adolescência que são avaliadas duas vezes, uma na subescala de ansiedade (com uma escala de resposta do tipo *likert* que varia de 1 [*nenhuma*] a 5 [*muita*]) e outra na subescala de evitamento (com uma escala de resposta do tipo *likert* que varia de 1 [*nunca*] a 5 [*quase sempre*]). O presente trabalho apenas usará a subescala de ansiedade. Na sua versão original, esta subescala é composta por seis fatores distintos que se referem a diferentes dimensões dos medos sociais: Interação com o Sexo Oposto, Interação Assertiva, Observação por Outros, Interação em Situações Sociais Novas, Desempenho em Situações Sociais Formais, e Comer e Beber em Público (Cunha et al., 2008). Na sua versão original, a EAESSA mostrou excelente consistência interna para a medida total de ansiedade ($\alpha = .91$), e consistência interna que varia entre aceitável e boa para cada um dos seus seis fatores (α varia entre .61 e .84). A EAESSA, na sua versão original, demonstrou, ainda, moderada fiabilidade teste-reteste para a medida total de ansiedade ($r = .74$), validade convergente com medidas de ansiedade social e ansiedade geral e discriminante com uma medida de depressão, bem como sensibilidade na discriminação de adolescentes com e sem PAS (Cunha et al., 2008). A versão adaptada para adolescentes tardios encontrou evidência que suporta uma estrutura que se refere aos mesmos seis fatores, embora não totalmente coincidentes com a versão original (Vagos et al., 2014). Foi encontrada ainda boa consistência interna ($\alpha \geq .80$ para as medidas de ansiedade) e validade convergente, sendo um modelo de medida melhor ajustado a adolescentes tardios, por comparação com a versão original da escala (Vagos et al., 2014). No presente estudo, a EAESSA apresentou consistência interna de boa a excelente para a medida total de ansiedade ($\alpha = .88$ no pré-intervenção e $\alpha = .94$ no pós-intervenção), e consistência interna que

varia entre pobre e boa para cada um dos cinco fatores na subescala de ansiedade (α varia entre .54 e .88 no pré-intervenção; α varia entre .62 e .88 no pós-intervenção). O fator da Interação Assertiva foi excluído do presente estudo, porque apresentava consistência interna com valores inaceitáveis ($\alpha = .38$).

Intervenção

A intervenção *CT@TeenSAD* consiste em 10 sessões individuais com a duração prevista de 90 minutos cada, em formato online, com sessões semanais, baseada na terapia cognitiva. Tem como objetivo reverter os mecanismos que mantêm a ansiedade social, potenciando oportunidades para desconfirmar as crenças sociais disfuncionais através da promoção da atenção focada na situação social em si. Adota uma estratégia progressiva de mudança, ou seja, aquilo que se espera é que ao longo da intervenção os adolescentes sejam capazes de se envolver cada vez mais no mundo exterior, questionando as expectativas ou cognições em relação a si e ao mundo social, aproximando-se gradualmente dos seus objetivos sociais. Além e após as 10 sessões semanais, a intervenção inclui duas sessões de reforço mensais; os dados referentes a estas sessões de reforço não farão parte deste trabalho.

A intervenção foi distribuída em quatro módulos interdependentes, cada um com objetivo específico: (a) como funcionam as mentes socialmente ansiosas de acordo com a terapia cognitiva, (b) desenvolvimento de flexibilidade de atenção e gestão de processamento antecipatório e autópsia, (c) experiências comportamentais e (d) revisão dos ganhos e prevenção das recaídas. O primeiro módulo, que inclui as sessões 1, 2 e 3, é focado em ajudar os adolescentes a entenderem o modelo cognitivo da PAS, o impacto da atenção autofocada e dos comportamentos de segurança na ansiedade social e, ainda, o impacto da mudança do foco de atenção e na prática daqueles comportamentos na ansiedade social. O segundo módulo compreende as sessões 4 e 5 e tem como principal objetivo ajudar os adolescentes a compreenderem e praticarem a flexibilidade de processos atencionais e uma melhor gestão do processamento antecipatório e autópsia de situações sociais. O terceiro módulo abarca as sessões 6, 7, 8, e 9 e consiste em estimular a prática e análise de experiências comportamentais em situações sociais (i.e., desempenho formal, interação positiva, interação em situações sociais ambíguas e exposição aos erros que podem acontecer nas situações sociais). O quarto e último módulo inclui a sessão 10, e pretende que o adolescente faça uma revisão dos ganhos adquiridos até ao momento e convida-o a continuar o envolvimento com o mundo exterior questionando as expectativas ou cognições em relação a si e ao mundo social,

para que tal permita, de forma gradual, uma aproximação aos próprios objetivos sociais mesmo face a potenciais obstáculos.

Análise dos Dados

Foram realizadas estatísticas descritivas para a caracterização da amostra e para as variáveis em estudo, e testes de normalidade (*shapiro-wilk*; para cada variável em estudo) para examinar se os dados seguiam uma distribuição normal. Para avaliar a consistência interna dos instrumentos na amostra do presente estudo, foram calculados os alfas de *Cronbach* para as escalas completas e para os fatores. Tais análises foram realizadas com o IBM SPSS Statistic 25 (*Statistical Package for the Social Sciences* versão 25; IBM Corp.).

Para responder aos objetivos deste estudo foram realizadas análises no programa Mplus, versão 8 (Muthén & Muthén, 2017). Para cada uma das variáveis em estudo (crenças sociais disfuncionais, atenção autofocada, comportamentos de segurança e ansiedade social), foi calculado o *Latent Change Score (LCS) Univariate* para resumir os dados longitudinais e analisar as mudanças ao longo do tempo. Este tipo de modelo de equação estrutural permite modelar os dados em medidas latentes que estão dependentes de uma variável de tempo (McArdle, 2009). A mudança entre pré-intervenção e pós-intervenção foi modelada como uma medida latente, baseada na diferença entre o pré-intervenção e o pós-intervenção. Considerando o grupo de sujeitos, este tipo de análise permite conhecer e interpretar para cada uma das variáveis em estudo os seguintes indicadores: (a) a média do fator de mudança latente, sendo que caso esta média de mudança seja significativa e positiva, considera-se que houve um aumento de pontuações obtidas de um a outro momento, e o contrário caso esta média de mudança seja negativa e significativa; e (b) a variância ou variância residual da média do fator de mudança latente, sendo que caso seja significativa indica heterogeneidade no perfil de mudança dos vários indivíduos (i.e., os sujeitos estão a mudar de forma heterogénea; Henk & Castro-Schilo, 2015).

Tendo concluído pela mudança nas variáveis em estudo, pretendeu-se conhecer o impacto da mudança em cada mecanismo proposto pelo modelo de Clark e Wells (1995) como sendo de manutenção em relação à ansiedade social (i.e., crenças sociais disfuncionais, atenção autofocada, comportamentos de segurança) na mudança na ansiedade social. Para tal foram realizados modelos *Two-Wave (LCS) Models*. Este modelo permite conhecer, além dos parâmetros anteriormente mencionados, os seguintes: (a) a correlação entre as pontuações numa variável (crenças sociais disfuncionais, atenção autofocada, comportamentos de segurança, ansiedade social) no pré-

intervenção e o fator de mudança latente nessa variável; (b) a correlação entre as pontuações do fator de mudança latente numa variável (crenças sociais disfuncionais, atenção autofocada, comportamentos de segurança) e as pontuações do fator de mudança latente noutra variável (ansiedade social); e (c) o efeito da mudança numa variável na mudança de outra variável (ou seja qualquer coeficiente significativo indica que as mudanças nos dois construtos estão relacionadas entre si; um coeficiente de regressão positivo indica que pontuações de mudança mais altas numa variável estão associadas a pontuações de mudança mais altas noutra variável, enquanto que o coeficiente de regressão negativo indica que pontuações de mudança mais altas numa variável estão associadas a pontuações de mudança mais baixas noutra variável; Henk & Castro-Schilo, 2015).

Resultados

Análises de Dados Preliminares

O teste *shapiro-wilk* foi calculado para examinar se os dados em estudo seguiam uma distribuição normal. Não foram encontradas violações, com valores de p acima de .05, para a grande maioria das variáveis em estudo, exceto para a Atenção Autofocada na Própria Ativação Fisiológica no pós-intervenção ($W = .82, p = .001$), para os comportamentos de segurança no pós-intervenção ($W = .90, p = .036$) e para a ansiedade social ao Comer e Beber em Público no pós-intervenção ($W = .78, p < .001$). Os modelos *Latent Change Score (LCS) Univariate* e os *Two-Wave (LCS)*¹ foram estimados pelo parâmetro da máxima verossimilhança (ML) para as variáveis que seguiam uma distribuição normal, e pelo estimador de máxima verossimilhança robusto (MLR) para os modelos que incluíam as restantes variáveis, já que é um estimador confiável na presença de desvios à normalidade.

Mudança nas Variáveis em Estudo do Pré para o Pós-Intervenção

Foi estimado um modelo *Latent Change Score (LCS) Univariate* para cada variável em estudo (crenças sociais disfuncionais, atenção autofocada, comportamentos de segurança e ansiedade social) com a finalidade de examinar as mudanças do pré para o pós-intervenção. As estatísticas descritivas e as estimativas dos parâmetros não estandardizados do LCS para cada variável em estudo são apresentados na Tabela 1.

¹ Os modelos *Latent Change Score (LCS) Univariate* e os *Two-Wave (LCS)* foram justamente identificados (i.e., RMSEA = 0.000, CFI = 1.000).

Crenças Sociais Disfuncionais, Atenção Autofocada e Comportamentos de Segurança

As mudanças nas crenças sociais disfuncionais, na atenção autofocada e nos comportamentos de segurança do pré para o pós-intervenção foram investigadas para a escala completa e para as suas medidas específicas. As estimativas dos modelos LCS considerando quer as medidas completas quer as medidas específicas respeitantes às crenças sociais disfuncionais

Tabela 1

Estatísticas descritivas e estimativas não estandardizadas dos modelos Latent Change Score (LCS) Univariate

	Estatísticas descritivas		Latent Change Score (LCS) Univariate	
	Pré <i>M (SD)</i>	Pós <i>M (SD)</i>	μ_{Δ}	σ_{Δ}^2
Crenças sociais disfuncionais	68.19 (11.05)	54.86 (16.86)	-13.33**	358.51**
Desconforto na Interação Social	41.71 (6.65)	34.48 (10.37)	-7.24**	135.32**
Desconforto no Desempenho Público	26.48 (5.40)	20.38 (6.91)	-6.10***	60.37**
Atenção autofocada	24.43 (8.74)	15.57 (9.37)	-8.86**	156.03**
Atenção Autofocada na Própria Ativação Fisiológica	12.14 (5.62)	6.86 (4.99)	-5.29***	48.11**
Atenção Autofocada no Próprio Comportamento	12.29 (3.68)	8.71 (5.20)	-3.57**	35.96**
Comportamentos de segurança	50.91 (7.16)	40.19 (9.64)	-10.71***	90.59***
Ansiedade social	93.05 (16.23)	71.00 (17.94)	-22.05***	231.21**
Interação com o Sexo Oposto	12.81 (4.41)	9.52 (3.91)	-3.29***	10.39**
Observação por Outros	20.52 (6.21)	16.67 (5.14)	-3.86***	15.17**
Interação em Situações Sociais Novas	14.95 (2.77)	11.67 (3.26)	-3.29***	11.92**
Desempenho em Situações Sociais Formais	14.57 (4.03)	10.52 (3.37)	-4.05***	9.28**
Comer e Beber em Público	3.81 (1.33)	3.05 (1.32)	-0.76**	1.13*

Nota. Pré = Pré-intervenção; Pós = Pós-intervenção; μ_{Δ} = Média/ interceção do fator de mudança latente; σ_{Δ}^2 = Variância do fator de mudança latente.

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

(i.e., Desconforto na Interação Social e Desconforto no Desempenho Público) e a atenção autofocada (i.e., Atenção Autofocada na Própria Ativação Fisiológica e Atenção Autofocada no Próprio Comportamento) mostram uma diminuição significativa do pré para o pós-intervenção, sendo que esta mudança foi, em todos os casos, heterogénea.

Ansiedade Social

As mudanças na ansiedade social do pré para o pós-intervenção foram investigadas para a escala completa e para cinco das medidas específicas que a integram, dado que a medida específica Interação Assertiva foi excluído do presente estudo. As estimativas do modelo LCS considerando quer a medida completa quer as medidas específicas (i.e., Interação com o Sexo Oposto, Observação por Outros, Interação em Situações Sociais Novas, Desempenho em Situações Sociais Formais e Comer e Beber em Público) mostram uma diminuição significativa do pré para o pós-intervenção, sendo que esta mudança foi, em todos os casos, heterogénea.

Efeito da Mudança dos Mecanismos de Manutenção para a Mudança da Ansiedade Social

Sete modelos *Two-Wave* (LCS) foram estimados para examinar se as mudanças nos mecanismos de manutenção prediziam as mudanças na ansiedade social do pré para o pós-intervenção. A Tabela 2 apresenta as estimativas dos parâmetros não estandardizados para cada um dos modelos estimados.

Crenças Sociais Disfuncionais e Ansiedade social

Foi estimado o efeito da mudança nas crenças sociais disfuncionais sobre a mudança na ansiedade social do pré para o pós-intervenção para a escala completa e para as suas medidas específicas (i.e., Desconforto na Interação Social e Desconforto no Desempenho Público). A relação negativa entre o pré-intervenção das medidas de crenças sociais disfuncionais e a mudança nestas mesmas medidas mostrou que um maior endosso de crenças sociais disfuncionais levou a maiores diminuições nestas crenças do pré para o pós-intervenção (e vice-versa). Além disso, estimativas do LCS revelaram que mudanças maiores em todas as medidas de crenças sociais disfuncionais do pré para o pós-intervenção previram mudanças maiores na ansiedade social do pré para o pós-intervenção. A relação positiva entre as mudanças em todas as medidas de crenças sociais disfuncionais e as mudanças na ansiedade social indicou que maiores diminuições nestas medidas levaram a maiores diminuições na ansiedade social (e vice-versa). As mudanças nas crenças sociais disfuncionais vistas de uma forma global permitiram explicar cerca de 55% das mudanças que se verificaram ao nível da ansiedade social, as mudanças no Desconforto na

Interação Social permitiram explicar cerca de 46% das mudanças que se verificaram ao nível da ansiedade social e as mudanças no Desconforto no Desempenho Público permitiram explicar cerca de 63% das mudanças que se verificaram ao nível da ansiedade social.

Atenção Autofocada e Ansiedade social

Foi examinado o efeito da mudança na atenção autofocada sobre a mudança na ansiedade social do pré para o pós-intervenção para a escala completa e para as suas medidas específicas

Tabela 2

Correlações e estimativas não standardizadas dos modelos Two-Wave (LCS)

	Caminho Preditivo			Correlações		
	$\Delta MM \rightarrow \Delta AS$			$\Delta MM,$ ΔAS	Pré MM, ΔMM	Pré AS, ΔAS
	β	SE	R ²	R	R	R
Modelo 1: Crenças sociais disfuncionais e AS	0.60***	0.12	0.55	0.74***	-102.08*	-100.88*
Modelo 2: Desconforto na Interação Social e AS	0.89***	0.21	0.46	0.68**	-37.55*	-107.01*
Modelo 3: Desconforto no Desempenho Público e AS	1.55***	0.26	0.63	0.79***	-21.34*	-88.32*
Modelo 4: Atenção autofocada e AS	0.78***	0.21	0.39	0.62**	-72.63*	-99.89*
Modelo 5: Atenção Autofocada na Própria Ativação Fisiológica e AS	1.40***	0.29	0.41	0.64**	-27.24*	-94.60*
Modelo 6: Atenção Autofocada no Próprio Comportamento e AS	1.42**	0.46	0.31	0.56**	-11.55*	-103.51*
Modelo7: Comportamentos de segurança e AS	1.22***	0.19	0.58	0.76***	-25.45*	-94.29**

Nota. MM = Mecanismos de manutenção da ansiedade social; AS = Ansiedade social; Pré = Pré-intervenção; ΔMM = Mecanismos de manutenção da ansiedade social do fator de mudança latente; ΔAS = Ansiedade social do fator de mudança latente.

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

(i.e., Atenção Autofocada na Própria Ativação Fisiológica e Atenção Autofocada no Próprio Comportamento). A relação negativa entre o pré-intervenção das medidas de atenção autofocada, e a mudança nestas mesmas medidas mostrou que maior atenção autofocada levou a maiores diminuições na atenção autofocada do pré para o pós-intervenção (e vice-versa). Além disso, estimativas do LCS revelaram que mudanças maiores em todas as medidas de atenção autofocada do pré para o pós-intervenção previram mudanças maiores na ansiedade social do pré para o pós-intervenção. A relação positiva entre as mudanças em todas as medidas de atenção autofocada e as mudanças na ansiedade social indicou que maiores diminuições nestas medidas levaram a maiores diminuições na ansiedade social (e vice-versa). As mudanças na atenção autofocada vistas de uma forma global permitiram explicar cerca de 39% das mudanças que se verificaram ao nível da ansiedade social, as mudanças na Atenção Autofocada na Própria Ativação Fisiológica permitiram explicar cerca de 41% das mudanças que se verificaram ao nível da ansiedade social e as mudanças na Atenção Autofocada no Próprio Comportamento permitiram explicar cerca de 31% das mudanças que se verificaram ao nível da ansiedade social.

Comportamentos de Segurança e Ansiedade Social

Foi estimado o efeito da mudança nos comportamentos de segurança sobre a mudança na ansiedade social do pré para o pós-intervenção. A relação negativa entre o pré-intervenção dos comportamentos de segurança e a mudança nos comportamentos de segurança mostrou que um maior recurso a comportamentos de segurança no pré-intervenção levou a maiores diminuições nos comportamentos de segurança do pré para o pós-intervenção (e vice-versa). Além disso, estimativas do LCS revelaram que mudanças maiores nos comportamentos de segurança do pré para o pós-intervenção previram mudanças maiores na ansiedade social do pré para o pós-intervenção. A relação positiva entre as mudanças nos comportamentos de segurança e as mudanças na ansiedade social indicou que maiores diminuições nos comportamentos de segurança levaram a maiores diminuições na ansiedade social (e vice-versa). As mudanças nos comportamentos de segurança permitiram explicar cerca de 58% das mudanças que se verificaram ao nível da ansiedade social.

Discussão

Existem evidências empíricas sobre a aplicabilidade e eficácia do modelo cognitivo de Clark & Wells (1995) para a mudança sintomática em adultos com PAS. Já em adolescentes, as evidências empíricas acerca da aplicabilidade e eficácia do modelo cognitivo de Clark & Wells

(1995) são ainda preliminares (Ingul et al., 2014; Leight & Clark, 2016; Leight et al., 2021b). Além disso, a investigação sobre se o papel da mudança nos mecanismos propostos como fatores de manutenção da ansiedade social e que estão incluídos na intervenção cognitiva para mudança na ansiedade social não tem sido explorada. Este estudo pretende preencher esta lacuna, avaliando se há mudança na ansiedade social em adolescentes após terapia cognitiva, e se essa mudança é explicada por mudanças nos mecanismos teoricamente propostos como mantendo a ansiedade social (i.e., crenças sociais disfuncionais, atenção autofocada e comportamentos de segurança). Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar se as mudanças nos mecanismos de manutenção propostos pelo modelo cognitivo (Clark & Wells, 1995; especificamente as crenças sociais disfuncionais, atenção autofocada e comportamentos de segurança), estão associadas às mudanças na ansiedade social de adolescentes, após terapia cognitiva. Os principais resultados sugerem que a terapia cognitiva leva a mudanças nos três mecanismos de manutenção em análise e na ansiedade social autorrelatada do pré para o pós-intervenção, e que as mudanças nos mecanismos de manutenção explicaram a mudança na ansiedade social do pré para o pós-intervenção.

Como esperado, os três mecanismos de manutenção, a saber, crenças sociais disfuncionais, atenção autofocada e comportamentos de segurança diminuíram do pré para o pós-intervenção, após terapia cognitiva, assim como a ansiedade autorrelatada. Estes resultados estão de acordo com estudos anteriores que mostraram que a terapia cognitiva (embora a intervenção tenha especificidades diferentes nos vários estudos) levou a um menor endosso de crenças sociais disfuncionais, menor recurso a comportamentos de segurança e menores níveis de ansiedade social autorrelatada do pré ao pós-intervenção (Ingul et al., 2014; Leight & Clark, 2016; Leight et al., 2021b). Nenhum destes estudos avaliou se a terapia cognitiva levava a mudanças na atenção autofocada. Como descrito pelo modelo de Clark & Wells (1995), a atenção autofocada é um mecanismo de manutenção da ansiedade social nas situações sociais temidas, sendo, portanto, pertinente considerar como é impactada pela intervenção. Embora ainda pouco explorada, a relevância da atenção autofocada enquanto mecanismo de manutenção e modificável no âmbito da ansiedade social foi confirmada pelos resultados deste trabalho. Tais dados acrescem à literatura, que mostra o seu papel causal (Leight, et., 2021a) e a sua associação a níveis prospectivos de ansiedade social (Chiu et al., 2021a), assim como a importância deste mecanismo de manutenção para explicar a ansiedade social nos adolescentes ao longo do tempo (Figueiredo, et al., 2022).

A ansiedade social mostrou a maior média de mudança do pré para o pós-intervenção. Nos três mecanismos de manutenção da ansiedade social, as crenças sociais disfuncionais apresentaram a maior média mudança, seguidas dos comportamentos de segurança e por fim da atenção autofocada. Estes resultados apoiam o modelo de Clark & Wells (1995), que sustenta a intervenção, sugerindo que para haver uma redução nos níveis de ansiedade social é necessário que, haja ao longo da intervenção, um menor endosso de crenças sociais disfuncionais, um menor recurso a comportamentos de segurança e um maior foco de atenção direcionado para estímulos externos (Clark, 2001). Embora esta mudança tenha sido observada, de uma forma geral, em todos os mecanismos, é possível que uma menor ênfase nas estratégias para a mudança do foco de atenção e na eliminação dos comportamentos de segurança ao longo da intervenção possa explicar as menores mudanças observadas nos comportamentos de segurança e na atenção autofocada, em comparação com as crenças sociais disfuncionais. As estratégias de mudança do foco de atenção e a eliminação dos comportamentos de segurança são promovidas no módulo 1 e 2 (sessão 2, 3 e 4); portanto, é possível que a utilização destas estratégias requeira mais tempo e prática para que pudesse ser observada uma maior mudança. Pelo contrário, a promoção da mudança de crenças disfuncionais vai estando presente (de forma latente ou explícita) ao longo de toda a intervenção, à medida que o adolescente se observa e avalia o próprio desempenho por meio de videofeedback e feedback de terceiros/comparsas.

Quanto às dimensões específicas dentro de cada instrumento em análise, aqueles que obtiveram maior mudança foram o Desconforto na Interação Social (crenças sociais disfuncionais), a Atenção Autofocada na Própria Ativação Fisiológica (atenção autofocada), e o Desempenho em Situações Sociais Formais (ansiedade social). A maior mudança verificada no Desconforto na Interação Social (crenças sociais disfuncionais) e na ansiedade no Desempenho em Situações Sociais Formais poderá estar relacionada com o facto destas medidas terem no pré-intervenção uma média mais elevada (i.e., uma sintomatologia mais intensa no pré-intervenção permite uma maior amplitude de mudança). Relativamente à Atenção Autofocada na Própria Ativação Fisiológica, esta já havia sido diferenciada da Atenção Autofocada no Próprio Comportamento, uma vez que a última não apresentou correlações estatisticamente significativas com as medidas de ansiedade social (Fontinho & Salvador, 2012); da mesma forma, a intervenção para diminuir os sintomas de ansiedade social pode ter produzido menos mudanças na Atenção Autofocada no Próprio Comportamento.

Estudos anteriores indicaram que a terapia cognitiva é um tratamento promissor para os adolescentes quando adaptada a esta população, incluindo na intervenção os comportamentos dos pais, a baixa autoestima, a vitimização de pares e o *bullying* (Leight & Clark, 2016; Leight et al., 2021b). Os resultados encontrados, pelo presente estudo, apontam que a intervenção cognitiva segundo o modelo de Clark e Wells (1995) parece ser suficiente para a melhoria clínica dos adolescentes com PAS, mesmo na ausência daqueles componentes.

Tal como era expectável, as mudanças nos três mecanismos de manutenção foram preditoras das mudanças na ansiedade social do pré para o pós-intervenção, sugerindo que as mudanças nos primeiros se associam à mudança na segunda. Estes resultados estão em consonância com um estudo anterior que mostrou que as crenças sociais disfuncionais, os comportamentos de segurança e a atenção autofocada estão associados a níveis prospectivos de ansiedade social nos adolescentes (Chiu et al., 2021a). Acresce ainda estarem de acordo com o único estudo de que temos conhecimento que avaliou se as mudanças nas crenças sociais disfuncionais explicam a mudança na ansiedade social numa amostra de crianças, mostrando que a diminuição nas crenças sociais disfuncionais foi prospectivamente relacionada com a mudança na ansiedade social entre o pós-intervenção e o *follow-up* a 6 meses (Mobach, et al., 2021). O presente estudo acrescenta também a importância da mudança na atenção autofocada e na prática de comportamentos de segurança para a eficácia da terapia cognitiva na ansiedade social em adolescentes, tornando-o, neste ponto particular, inovador.

As mudanças nas crenças sociais disfuncionais, em particular no Desconforto no Desempenho Público, associaram-se a uma maior redução na ansiedade social, seguida da mudança nos comportamentos de segurança, e por fim da mudança na atenção autofocada. Tais resultados são congruentes com estudos anteriores (ressalvando que a intervenção tem particularidades diferentes) que mostraram uma maior diminuição nas crenças sociais disfuncionais, seguida de uma maior diminuição nos comportamentos de segurança (Leight & Clark, 2016; Leight et al., 2021b). Para além disso, estes resultados vão de encontro com o que é descrito no modelo de Clark e Wells (1995) que supõe que a intervenção cognitiva para a PAS visa reverter estes mecanismos de manutenção com a finalidade de desconfirmar as crenças sociais disfuncionais através da promoção da atenção focada na situação social em si (Clark, 2001), ou seja, eliminar os mecanismos de manutenção (i.e., comportamentos de segurança, atenção

autofocada) que evitam a mudança cognitiva (i.e., crenças sociais disfuncionais), levando, por sua vez, à redução dos níveis de ansiedade social.

Finalmente, os resultados sugerem que os adolescentes que apresentaram maiores crenças sociais disfuncionais, comportamentos de segurança e atenção autofocada no pré-intervenção foram aqueles que tiveram uma maior redução nesses mecanismos de manutenção do pré para o pós-intervenção. Estes resultados são congruentes com estudos anteriores que mostraram (com base nas médias obtidas no pré e no pós-intervenção), que, de uma forma geral, os adolescentes que tinha mais crenças sociais disfuncionais e comportamentos de segurança no pré-intervenção tinham uma maior diminuição nestes mecanismos no pós-intervenção (Leight & Clark, 2016; Leight et al., 2021b). No presente estudo, os resultados encontrados sugerem que a intervenção cognitiva é mais eficaz nos adolescentes que apresentam uma maior gravidade dos sintomas. Uma explicação possível para estes resultados é que os adolescentes que apresentam maior gravidade dos sintomas podem estar mais propensos a envolverem-se com os conteúdos e os exercícios da intervenção, dado que podem achar a intervenção mais relevante para as suas dificuldades, o que pode traduzir uma maior redução dos níveis de ansiedade social. No entanto, estudos futuros devem examinar esta hipótese.

Apesar da relevância do presente estudo, existem limitações a considerar. Uma delas é o facto de algumas medidas específicas (i.e., Interação Assertiva e Interação em Situações Sociais Novas) terem um alfa de *Cronbach* inferior a .60. Como forma de minimizar esta limitação, a medida com um alfa de *Cronbach* inferior a 0.5 foi retirada do presente estudo (i.e., Interação Assertiva). O tamanho relativamente pequeno da amostra constitui mais uma limitação, no entanto a presente amostra possui o número mínimo essencial para a realização destas análises. Outra limitação refere-se ao facto deste estudo não ter um grupo de controlo, o que permitiria apontar quais as mudanças terapêuticas específicas que decorreram dos ingredientes ativos da terapia cognitiva (e.g., placebo atencional; Ingul et al., 2014). Futuras investigações devem tentar usar uma amostra maior e um grupo de controlo para superarem estas limitações, e incluir os resultados obtidos nas sessões de reforço para verificar se as mudanças nos mecanismos de manutenção da ansiedade social continuam a prever a mudança na ansiedade social no *follow-up* a 2 meses.

Em conclusão, o presente estudo revela resultados promissores pois é inovador ao mostrar que as mudanças nos mecanismos de manutenção da ansiedade social preveem as mudanças na ansiedade social. Em primeiro lugar, sugere uma evidência renovada de que os mecanismos de

manutenção da ansiedade social propostos pelo modelo de Clark e Wells (1995), assim como a ansiedade social autorrelatada, diminuem após terapia cognitiva em adolescentes, quando aplicada numa versão mais breve (10 sessões), manualizada e totalmente online por via de videoconferência. Tal evidência permite concluir pela eficácia da terapia cognitiva para adolescentes com PAS, acrescentando evidência à preliminar que existe até ao momento (Ingul et al., 2014; Leight & Clark, 2016; Leight et al., 2021b). Em segundo lugar, a evidência de que as mudanças nesses mecanismos preveem a mudança na ansiedade social, corroborando a importância de os considerar cuidadosa e sistematicamente na intervenção, ao mesmo tempo que vão de encontro ao modelo teórico de base à terapia cognitiva e a relevância que esta terapia coloca no reverter desses mecanismos. Outros estudos sobre a eficácia desta intervenção (e.g. comparação com um grupo de controlo ou estabilidade da mudança após a conclusão do tratamento) poderão adicionar os dados necessários ao definir a terapia cognitiva para a ansiedade social como uma abordagem baseada em evidências ao longo da vida, tanto junto a adultos (tal como previamente definido na literatura) como junto a adolescentes com PAS.

Referências

- Acquah, O. E., Topalli, P. Z., Wilson, L. M., Junttila, N., & Niemi, M. P. (2016). Adolescent loneliness and social anxiety as predictors of bullying victimisation. *International journal of adolescence and youth*, 21, 320–331. <https://doi.org/10.1080/02673843.2015.1083449>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Press.
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R., Hofmann, S. G., & Wittchen, H. U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 411–425. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01886.x>
- Blakemore, S.J., & Mills, K.L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology*, 65, 187–207. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115202>
- Bögels, S. M., Alberts, M., & de Jong, P. J. (1996). Self-consciousness, self-focused attention, blushing propensity and fear of blushing. *Personality and Individual Differences*, 21(4), 573–581. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(96\)00100-6](https://doi.org/10.1016/0191-8869(96)00100-6)

- Brown, B. B., & Larson, J. (2009). Peer relationships in adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology: Contextual influences on adolescent development* (pp. 74–103). John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy002004>
- Calamaras, M. R., Tully, E. C., Tone, E. B., Price, M., & Anderson, P. L. (2015). Evaluating changes in judgmental biases as mechanisms of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 71, 139–149. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.006>
- Chiu, K., Clark, D. M., & Leigh, E. (2021a). Cognitive predictors of adolescent social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 137, 103801. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103801>
- Chiu, K., Clark, D. M., & Leigh, E. (2021b). Prospective associations between peer functioning and social anxiety in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 279, 650–661. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.055>
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405–430). John Wiley & Sons Ltd.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In G. Heimberg, M. R. M. R. Liebowitz, D. Hope, & F. Scheier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). The Guilford Press.
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J. P., & Salvador, M. C. (2008). Social fears in adolescence – The social anxiety and avoidance scale for adolescents. *European Psychologist*, 13(3), 197–213. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.13.3.1974>
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., Alegre, S., & Salvador, M. do C. (2004). Avaliação da ansiedade na adolescência: A versão portuguesa da SAS-A. *Psychologica*, 35, 245–263.
- Eldreth, D., Hardin, M. G., Pavletic, N., & Ernst, M. (2013). Adolescent transformations of behavioral and neural processes as potential targets for prevention. *Prevention Science*, 14(3), 257–266. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0322-1>
- 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), 831–843. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00179-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00179-x)

- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 522–527. <https://doi.org/10.1037/h0076760>
- Figueiredo, D. V., Vagos, P., Miguel, R. R., Salvador, M. C. & Rijo, D. (2022). *Testing Clark and Wells' (1995) cognitive model in adolescents with social anxiety disorder: a longitudinal study*. [Artigo em Revisão]. Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Coimbra.
- Fontinho, A. & Salvador, M. C. (2012). *O papel da atenção auto focada na fobia social na adolescência: validação da versão portuguesa da Escala de Atenção Auto Focada (SFA) e estudos preliminares* [Tese de Mestrado não publicada]. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Goldin, P. R., Morrison, A., Jazaieri, H., Brozovich, F., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2016). Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(5), 427–437. <https://doi.org/10.1037/ccp0000092>
- Gregory, B., Wong, Q. J. J., Marker, C. D., & Peters, L. (2018). Maladaptive self-beliefs during cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A test of temporal precedence. *Cognitive Therapy and Research*, 42(3), 261–272. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9882-5>
- Haller, S. P., Cohen Kadosh, K., Scerif, G., & Lau, J. Y. (2015). Social anxiety disorder in adolescence: How developmental cognitive neuroscience findings may shape understanding and interventions for psychopathology. *Developmental cognitive neuroscience*, 13, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.02.002>
- Hebert, R. K., Fales, J., Nangle, W. D., Papadakis, A. A., & Grover, L. R. (2012). Linking Social Anxiety and Adolescent Romantic Relationship Functioning: Indirect Effects and the Importance of Peers. *Youth Adolesc*, 42(11), 1708-1720. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9878-0>
- Hedman, E., Mörtberg, E., Hesser, H., Clark, D. M., Lekander, M., Andersson, E., & Ljótsson, B. (2013). Mediators in psychological treatment of social anxiety disorder: Individual cognitive therapy compared to cognitive behavioral group therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 696–705. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.006>

- Henk, C. M., & Castro-Schilo, L. (2015). Preliminary detection of relations among dynamic processes with two-occasion data. *Structural Equation Modeling*, 23, 180–193. <https://doi.org/10.1080/10705511.2015.1030022>
- Ingul, J. M., Aune, T., & Nordahl, H. M. (2014). A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 54–61. <https://doi.org/10.1159/000354672>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., He, J. P., Koretz, D., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Merikangas, K. R. (2012a). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of general psychiatry*, 69(4), 372–380. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.160>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. (2012b). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Kilford, E. J., Garrett, E., & Blakemore, S. J. (2016). The development of social cognition in adolescence: An integrated perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 70, 106–120. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.016>
- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in context*, 8, 212573. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 83–94. <https://doi.org/10.1023/A:1022684520514>

- Lassen, N. F., Hougaard, E., Arendt, K. B., & Thastum, M. (2019). A disorder-specific group cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in adolescents: study protocol for a randomized controlled study. *Trials*, 20(1), 757. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3885-3>
- Leigh E., Chiu K., & Clark D.M. (2021a). Self-focused attention and safety behaviours maintain social anxiety in adolescents: An experimental study. *PLoS ONE*, 16(2), e0247703. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247703>
- Leigh, E., & Clark, D. M. (2016). Cognitive therapy for social anxiety disorder in adolescents: a development case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 1–17. <https://doi.org/10.1017/s1352465815000715>
- Leigh, E., & Clark, D. M. (2018). Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells (1995). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 388–414. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0258-5>
- Leigh, E., & Clark, D. M. (2019). Online Social anxiety Cognitive therapy for Adolescents (OSCA): protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 20(1), 574. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3651-6>
- Leigh, E., Creswell, C., Stallard, P., Waite, P., Violato, M., Pearcey, S., Brooks, E., Taylor, L., Warnock – Parkes, E., & Clark, D. (2021b). Delivering cognitive therapy for adolescent social anxiety disorder in NHS CAMHS: A clinical and cost analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(4), 385-397. <https://doi.org/10.1017/S1352465821000035>
- Mallet, P., & Rodriguez-Tomé, G. (1999). Social anxiety with peers in 9- to 14-year-olds. Developmental process and relations with self-consciousness and perceived peer acceptance. *European Journal of Psychology of Education*, 14(3), 387–402. <https://doi.org/10.1007/bf03173122>
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1, 368–376. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3)

- McArdle, J. (2009). Latent variable modeling of differences and changes with longitudinal data. *Annual Review of Psychology*, 60, 577–605. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163612>
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Mobach, L., Rapee, R. M., & Klein, A. M. (2021). The Role of Distorted Cognitions in Mediating Treatment Outcome in Children with Social Anxiety Disorder: A Preliminary Study. *Child psychiatry and human development*, 10.1007/s10578-021-01268-6. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01268-6>
- Mortberg, E., Hoffart, A., Boecking, B., & Clark, D. M. (2015). Shifting the focus of one's attention mediates improvement in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(1), 63–73. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000738>
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). *Mplus User's Guide* (8th Ed.). Los Angeles.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013, Maio 22). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>
- Pinto-Gouveia, J. (2000). *Ansiedade Social: da timidez à fobia social*. Quarteto Editora.
- Rankin, J. L., Lane, D. J., Gibbons, F. X., & Gerrard, M. (2004). Adolescent Self-Consciousness: Longitudinal Age Changes and Gender Differences in Two Cohorts. *Journal of Research on Adolescence*, 14(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2004.01401001.x>
- Rijo, D., Brazão, N., Barroso, R., da Silva, D. R., Vagos, P., Vieira, A., Lavado, A., & Macedo, A. M. (2016). Mental health problems in male young offenders in custodial versus community based-programs: Implications for juvenile justice interventions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10, 40. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0131-6>
- Santoft, F., Salomonsson, S., Hesser, H., Lindsäter, E., Ljótsson, B., Lekander, M., ... Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Processes in Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder:

- Predicting Subsequent Symptom Change. *Journal of Anxiety Disorders*, 102118. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102118>
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L., & Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 313–326. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>
- Silva, S., Salvador, M. C., & Pinto-Gouveia, J. P. (2010). *Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA): Características psicométricas*. [Poster]. 1ª Jornadas de Iniciação à Investigação em Psicologia, Coimbra.
- Soohinda, G., & Sampath, H. (2016). Social Phobia Among School Students -Prevalence, Demographic Correlates and Socio-academic Impairment. *Child adolescent and mental health*, 12(3), 211-229.
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1606–1613. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606>
- Tillfors, M., & Van Zalk, N. (2015). Easier to accelerate than to slow down: Contributions of developmental neurobiology for the understanding of adolescent social anxiety. In K. Ranta, A. M. La Greca, L.-J. Garcia-Lopez, & M. Marttunen (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (pp. 71–94). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-16703-9_4
- Turner, S. M., Johnson, M. R., Beidel, D. C., Heiser, N. A., & Lydiard, R. B. (2003). The Social Thoughts and Beliefs Scale: A New Inventory for Assessing Cognitions in Social Phobia. *Psychological Assessment*, 15(3), 384–391. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.3.384>
- Vagos, P., Pereira, A., & Beidel, D.C. (2010). Adaptação e validação de uma escala de medida de cognição na ansiedade social. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 393-402. <https://doi.org/10.1037/a0019782>
- Vagos, P., Pereira, A., & Cunha, M. (2014). Evaluating social fears in late adolescence: Study with a Portuguese Sample. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(3), 373-385. <https://doi.org/10.1080/17405629.2013.841093>

Anexos

Anexo A

Estrutura da Intervenção *CT @ TeenSAD*

Tabela A

Estrutura da intervenção CT @ TeenSAD

Módulo	Sessão	Tema	Mensagem-chave da Sessão
1: Como funcionam as mentes socialmente ansiosas de acordo com a terapia cognitiva	1	Compreensão do modelo cognitivo da PAS	A ansiedade social surge como uma ameaça para evitarmos que as consequências temidas aconteçam (ou seja, utilização dos comportamentos de segurança e a atenção autofocada).
	2	O impacto da atenção autofocada e dos comportamentos de segurança na ansiedade social	Embora a atenção autofocada e os comportamentos de segurança sejam utilizados para obtermos resultados sociais positivos, eles contribuem para manter os sintomas de ansiedade social.
	3	O impacto da mudança do foco de atenção na ansiedade social	Quando focamos a nossa atenção numa situação social, a visão acerca de si e a reação dos outros, geralmente não é tão negativa quanto o esperado.
2: Desenvolvimento de flexibilidade de atenção e gestão de processamento antecipatório e autópsia	4	Flexibilidade de processos atencionais	É possível focar a atenção em nós e no exterior e, assim, descobrimos que o mundo é mais bonito fora da nossa mente assustadora.
	5	Gestão do processamento antecipatório e autópsia	Os momentos antes e depois de uma situação podem ser usados para planear o envolvimento numa situação social temida de forma produtiva.
3: Experiências comportamentais	6	Experiências comportamentais (desempenho formal)	O desempenho social de alguém não é sentido ou percebido como horrível ou como é antecipado, se mudar o foco de atenção para o exterior e abandonar os comportamentos de segurança, quando se envolve numa situação social.
	7	Experiências comportamentais (interação positiva)	Receber feedback positivo das outras pessoas pode ajudar a questionar as nossas interpretações negativas sobre nós mesmos e sobre os outros.

Tabela A (Continuação)*Estrutura da intervenção CT @ TeenSAD*

Módulo	Sessão	Tema	Mensagem-chave da Sessão
3: Experiências comportamentais	8	Experiências comportamentais (interação em situações sociais ambíguas)	Expressar os meus pensamentos e as minhas opiniões permite apresentar-me aos outros de uma forma mais interessante e construir relacionamentos mais positivos.
	9	Experiências comportamentais (exposição aos erros que podem acontecer nas situações sociais)	Os erros são uma parte normal das interações sociais que podem e devem ser vistos como uma oportunidade de aprendizagem.
4: Revisão dos ganhos e prevenção das recaídas	10	Onde estou e para onde vou a partir daqui	O envolvimento com o mundo exterior permite o questionamento dos nossos medos, e estes processos são contínuos, o que ajudarão de forma gradual e contínua a aproximarmo-nos dos nossos objetivos sociais.
Sessões de reforço: atualizar e continuar	11	O que eu consegui e o que ainda quero alcançar	Planear e experienciar situações sociais pode-se tornar cada vez mais parte da nossa rotina à medida que vivenciamos as velhas e novas situações sociais.
	12	O meu caminho apenas está a começar	Olhando para trás, as nossas dificuldades, os nossos sucessos e as nossas experiências de aprendizagem, podem funcionar como um lembrete de como o caminho pode continuar daqui para a frente.