UC/FPCE_2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Fobia social e perturbação do comportamento – dois extremos do mesmo contínuo?

Alexandra Margarida Francisco Alves
(alexandra.alves.90@gmail.com)

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

Fobia social e perturbação do comportamento – dois extremos do mesmo contínuo?

Resumo

Um novo padrão de fobia social tem sido explorado e têm sido encontrados sujeitos com ansiedade social que apresentam níveis elevados de raiva e agressividade e baixo evitamento (Leary, Twenge & Quinlivan, 2006). Os autores sugerem que estes indivíduos se envolvem em comportamentos agressivos com o objetivo de estrategicamente regular a sua ansiedade (Kashdan, Collins & Elhai, 2006; Kashdan & Hofmann, 2008). O presente estudo, realizado numa amostra de adolescentes, teve como objetivo explorar a existência de um subgrupo de adolescentes com fobia social que apresentasse altos níveis de raiva e se envolvesse em estratégias agressivas. O segundo objetivo consistiu em explorar a existência de um subgrupo com perturbação do comportamento medo de avaliação negativa (base da ansiedade social). Provada a existência de ambos os subgrupos adentro das respetivas categorias de diagnóstico, estes não se distinguiram em nenhuma medida de ansiedade social (à exceção do desconforto social), de raiva, agressividade, *focus* atencional, vergonha e regulação emocional. Os resultados mostraram, no subgrupo com fobia social atípica, que quanto maior o medo de avaliação positiva, menos agressividade o individuo expressa, ao contrário do que era previsto. No subgrupo com perturbação do comportamento atípica, o medo de avaliação negativa associou-se positivamente ao evitamento e a ansiedade social a medidas de agressividade. O subgrupo com fobia social atípica revelou diferenças significativas em relação ao subgrupo com fobia social típica nas dimensões de raiva e agressividade. O subgrupo com perturbação do comportamento típica não se distinguiu do subgrupo com perturbação do comportamento atípico nas dimensões de raiva e agressividade e na maioria das dimensões de ansiedade social, sugerindo que os indivíduos com perturbação do comportamento também poderão apresentar elevada ansiedade social. Este estudo conduz a uma compreensão mais alargada da fobia social e aos seus padrões comportamentais, permitindo uma melhor compreensão da natureza, curso e expressão comportamental da fobia social e permitindo uma permitir uma intervenção terapêutica mais eficaz, uma vez que poderá permitir uma intervenção mais específica e dirigida e porque a raiva e a agressividade poderão prejudicar o bom curso da terapia.

Palavras-chave: fobia social; perturbação do comportamento; medo de avaliação negativa; raiva; agressividade

Social phobia and conduct disorder- two ends of the same continuum?

Abstract

A new pattern of social phobia has been explored and it has been found that some individuals with social anxiety disorder have high levels of anger and aggression and low avoidance (Leary, Twenge & Quinlivan, 2006). The authors suggest that these individuals may be involved in aggressive behaviors in order to strategically regulate their anxiety (Kashdan, Collins & Elhai, 2006; Kashdan & Hofmann, 2008).The present study, using a sample of adolescents, aimed to explore teh existance of a subgroup of adolescents with social phobia who present high levels of anger and engage in aggressive strategies. Our second goal was to ascertain if there was a subgroup of adolescents with conduct disorder presenting high levels of fear of negative evaluation. Proven the existence of both subgroups, within their own diagnostic cathegory, these did not differ in any measure of social anxiety (except for social discomfort), anger, aggression, attentional focus, shame and emotional regulation. Although it was not expected, the results in the subgroup with atypical social phobia showed that the higher the fear of positive evaluation the less the individual expresses agression. Adolescents with atypical conduct disorder presented a positive association between fear of negative evaluation, avoidance, social anxiety and agression. Adolescents with atypical social phobia revealed significant differences compared to adolescents with typical social phobia in the anger and aggression dimensions. The subgroup with typical behavior disorder is indistinguishable from subgroup with atypical behavior disorder in all dimensions of anger and aggression and in most dimensions of social anxiety, suggesting that individuals with behavior disorder may also present high social anxiety. In conclusion this study endorsed a broader understanding of social phobia and its underlying behavioral patterns, allowing a better comprehension of the nature, course and behavioral expression of social phobia. Furthermore, our results may lead to a more effective therapeutic intervention since it may allow for a more specific intervention adn because anger and agression often cause hinder the therapeutic process.

Key-words: social phobia; conduct disorder; fear of negative evaluation; anger, agression

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria do Céu Salvador, orientadora desta dissertação, pela sua orientação, pela grande compreensão e infindável disponibilidade. Sem isso a conclusão deste trabalho seria impossível. Um agradecimento profundo por tudo.

Ao Professor Doutor José Pinto-Gouveia pelos ensinamentos, pela partilha da experiência clínica e pelo enriquecimento profissional.

Aos meus pais, por me acompanharem em mais esta etapa da minha vida sempre com uma palavra de força e encorajamento e por acreditarem sempre que era possível. Um particular agradecimento à minha mãe que apaziguou todas as minhas angústias e preocupações e por estar sempre disponível para tornar as minhas dificuldades mais fáceis.

À minha madrinha, Lúcia, e ao marido, Vítor, pela preocupação e incentivo sempre presentes na minha vida.

Ao Ivo e ao Hugo, que além de primos queridos, são capazes de me distrair das minhas preocupações e ensinar-me a brincar.

À minha família, particularmente aos meus tios e primos, Filipe e Pedro, por assistirem ao meu percurso e por nunca duvidarem que seria capaz.

À Inês, amiga de toda a vida e irmã do coração, por estar sempre disponível para ouvir as inquietações sem fim e ter sempre capacidade de me acalmar.

À Rita e à Marlene, amigas que levo no coração, pela amizade profunda, gargalhadas e descontração quando esta era precisa.

À Cátia, pela partilha de dias e dias de ansiedade e dificuldades e pelos momentos de descontração que fizeram com que fosse possível continuar.

À Maria e à Eva, grandes amigas, que se preocuparam comigo e me apoiaram nas dificuldades.

Ao grupo de tese, pelo esforço e dedicação que permitiu concretizar objetivos e à Liliana, pela ajuda na recolha da minha amostra.

À Sandra e à Maria João, pela preciosa ajuda, incentivo, partilha de conhecimento e grande disponibilidade.

A todos os adolescentes e institutos de ensino que fizeram parte desta investigação. Em particular, ao Professor Joel Duarte pela preciosa ajuda e incansável disponibilidade, ao Professor Américo Carvalho por permitir o decorrer desta investigação, a todos os professores e funcionários do colégio por toda a simpatia, ajuda e compreensão.

Introdução

A fobia social consiste, essencialmente, no medo persistente de situações sociais e de desempenho e no desejo persistente de evitar situações em que se esteja exposto ao escrutínio ou à avaliação dos outros (American Psychiatric Association, 2013). Os sujeitos com fobia social têm medo de se comportar de forma humilhante e embaraçosa e por isso apresentam elevada ansiedade antecipatória, sendo que o evitamento ou mal-estar nas situações sociais ou de desempenho interferem significativamente com as suas rotinas normais (APA, 2013; Beck, Emery & Greenberg, 1985). A causa percebida por estes sujeitos para se sentirem embaraçados centra-se na autoapresentação, como exibir sintomas de ansiedade, falar de forma desadequada, cometer erros e agir de forma humilhante (Heckelman & Schneier, 1995).

Segundo Beck e colaboradores (1985), o medo de revelar as próprias inadequações e fraquezas sociais perante os outros é o cerne da fobia social. Na base deste medo, estará, potencialmente, um auto-esquema de ineficácia para lidar com as situações sociais. Os ansiosos sociais são, portanto, hipersensíveis ao facto de serem avaliados negativamente e devido a isso são hipervigilantes aos sinais de rejeição existentes numa relação interpessoal. Estas duas características estão associadas a erros no processamento de informação em situações sociais, a erros ao nível do foco de atenção e na interpretação das situações sociais. Indivíduos com elevada ansiedade social podem ter dificuldade em interpretar sinais positivos, pois um sorriso ou um acenar de cabeça da audiência pode ser interpretado como uma ameaça, tal como sinais neutros podem ser interpretados como negativos.

A ansiedade experimentada e os medos de cada individuo dependem das tarefas da etapa desenvolvimental na qual se situa. Na adolescência, as tarefas desenvolvimentais mais importantes referem-se à aquisição de competências sociais de modo a ter um funcionamento interpessoal bem-sucedido, à perceção da complexidade da interação social e do seu papel enquanto objeto social e à procura constante de um lugar próprio no sistema social (Soares, 2000). Ansiedade social excessiva nesta fase prejudica o funcionamento social, ou seja, as relações com os outros, sejam estes amigos, familiares ou colegas, o funcionamento académico e ocupacional (Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller, & Liebowitz, 2000) e tem um impacto considerável no que se refere à qualidade de vida, saúde em geral, funcionamento emocional e saúde mental (Ghaedi, Tavoli, Bakhtiari, Melyani & Sahragard, 2009). Estudos epidemiológicos com adultos têm demonstrado que esta perturbação mental se inicia, habitualmente, na adolescência e tem, com frequência, um curso crónico, resultando em limitações da vida académica, social e profissional (Albano & Detweiler, 2001; Furmark, 2002). A fobia social é a perturbação com maior prevalência na adolescência (Albano & Detweiler, 2001), sendo que vários estudos mostram uma prevalência na ordem dos 12% (Kessler, Berglund, Demler, Merikangas, & Walters, 2005; Kessler, Chiu, Demler &Walters, 2005). Um estudo português com uma amostra não clínica de adolescentes demonstrou

existir 51.7% de indivíduos com ansiedade significativa em pelo menos um tipo de situação social e interferência na vida familiar, social e académica, embora, somente 3,6% cumprissem critérios de diagnóstico para fobia social (Cunha, 2005; Cunha, Pinto-Gouveia, & Soares, 2007).

O tratamento da ansiedade e da fobia social na infância e adolescência tem, recentemente, sido alvo de grande investigação que apoia a eficácia do tratamento cognitivo-comportamental, uma vez que há reduções significativas do número de crianças e adolescentes que mantém o diagnóstico de fobia social no pós-tratamento e no *follow-up* em comparação com os resultados de grupos de lista de espera, terapia farmacológica e outros tratamentos não específicos para a fobia social. O que contribui para a eficácia dos tratamentos é também a existência de modelos de compreensão que melhor permitam compreender a fobia social e incluir a heterogeneidade encontrada nesta população (para uma revisão ver Salvador, 2009). É sobre esses modelos que falaremos em seguida.

Modelo Cognitivo de Clark e Wells

O modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) é o modelo conceptual mais estudado e mais empiricamente validado na fobia social com população adulta. Pretende explicar como a fobia social se mantém, quando não existe tratamento, postulando que os processos cognitivos e comportamentais relacionados com as situações sociais temidas são responsáveis por esta manutenção. Foi desenvolvido para adultos, mas a sua aplicabilidade já foi comprovada em crianças por Hodson, McManus, Clark e Doll (2008) e em adolescentes por Schreiber, Stangier e Steil (2010). A aplicação de um protocolo de tratamento para a fobia social em adolescentes, na população portuguesa, que se baseia neste modelo, apresentou também resultados eficazes (Salvador, 2009).

Segundo este modelo, os sujeitos com fobia social formam um conjunto de crenças acerca de si próprios e das situações sociais, tendo por base a experiência precoce. São estas suposições que os levam a interpretar as situações sociais como perigosas e ameaçadoras e a acreditar que se podem comportar de uma forma desadequada, com consequências desastrosas, como a perda de estatuto, a rejeição e a desvalorização por parte dos outros (Clark e Wells, 1995).

Os autores apontam três tipos de crenças disfuncionais existentes no processamento de informação social de sujeitos com fobia social: padrões excessivamente elevados de desempenho social (e.g., “nunca me posso mostrar ansioso”); crenças condicionais relacionadas com a avaliação social (e.g., “se discordar de alguém, vão rejeitar-me”); crenças incondicionais acerca do seu valor pessoal (e.g., “sou estranho”, “não sou atraente”).

Sendo estas crenças ativadas em situações sociais, os processos que impedem a desconfirmação das crenças negativas de perigo e que têm um papel fulcral na manutenção da ansiedade social são: (1) Processamento do “eu” como um objeto social (atenção auto-focada). Numa situação social, um sujeito com fobia social desvia o seu *focus* atencional para aspetos de si

que possam ser alvo de avaliação negativa por parte dos outros, estando o *focus* externo diminuído. Desta forma, usa informação interna acessível através de auto-monitorização para inferir qual é a sua aparência para outras pessoas e o que os outros estão a pensar sobre si. Isto origina um aumento da tomada de consciência das respostas de ansiedade que, interpretadas como sinais de desadequação, são ainda mais intensificadas e interfere com o processamento dos estímulos da situação social. Ao construir uma imagem de si próprio e assumindo que essa é a imagem que os outros têm de si, não tem a oportunidade de desconfirmar a opinião negativa formada, reforçando as suposições disfuncionais. Este estilo de processamento auto-focado diminui a qualidade do desempenho dos sujeitos e mantém-se uma vez que a informação obtida através das interações sociais é ambígua e os indivíduos com fobia social tendem a procurar informação que confirme o seu enviesamento para a avaliação negativa. É também mantido pelo facto de não se envolverem em comportamentos que permitam obter informações acerca da forma como os outros os veem, por acharem que estes comportamentos aumentam o risco de avaliação negativa; (2) Comportamentos de segurança. Os indivíduos com fobia social adotam comportamentos de segurança para reduzir a ameaça social e prevenir as consequências que receiam. Contudo, este tipo de comportamentos origina alguns dos sintomas temidos, intensifica a atenção auto-focada e a auto-monitorização e influencia as outras pessoas, de maneira que muitos dos seus medos são confirmados. Apesar de aparentarem um efeito protetor, os comportamentos de segurança não permitem experiências desconfirmatórias das crenças irrealistas; (3) Sintomas somáticos e cognitivos. Os indivíduos com fobia social preocupam-se com os sintomas cognitivos e somáticos da ansiedade que podem ser visíveis a terceiros, interpretando-os como sinal de uma catástrofe social. Assim tornam-se híper-vigilantes, aumentando a sua intensidade subjetiva; (4) Ansiedade antecipatória. Sujeitos com fobia social experienciam ansiedade antecipatória antes da interação social, ao recordarem experiências de fracassos anteriores. Por vezes, estas ruminações são suficientes para que a situação seja evitada. Quando o individuo enfrenta uma situação social, é provável que a ansiedade já se encontre em níveis elevados e o processamento em auto-*focus*, impedindo-o de identificar possíveis sinais de aceitação ou tranquilizadores, levando a um funcionamento social pouco eficaz; (5) Autópsia. Após a interação social, o individuo com fobia social analisa-a pormenorizadamente, com o objetivo de se tranquilizar, acabando por surgir emoções e autoperceções negativas, uma vez que esta análise é baseada na informação interna resultante do auto-*focus*.

Medo de avaliação negativa e medo de avaliação positiva

O medo de avaliação negativa por parte de terceiros está na base do medo persistente, apreensão e angústia em situações sociais, consistindo na reação emocional à perceção de avaliação negativa por parte dos outros (APA, 2013; Pitarch, 2010; Watson & Friend, 1969). As representações

mentais de um sujeito com fobia social sobre si mesmo enquanto objeto de atenção de outros, levam-no a realizar comparações mentais entre o que acha de si e o que considera que os outros esperam que seja. Estas comparações fazem com que se sobrestime a probabilidade de avaliação negativa por parte dos outros, causando grande ativação (Rapee & Heimberg, 1997).

Os sujeitos socialmente ansiosos apresentam padrões excessivamente elevados no que toca ao desempenho social, duvidando da sua capacidade para causar uma boa impressão (Hofmann & Barlow, 2002; Rapee & Heimberg, 1997). No entanto, um estudo de Weeks, Heimberg & Rodebaugh (2008) sugere que estes indivíduos podem não duvidar necessariamente da sua capacidade para alcançar esse padrão elevado e podem temer, sim, o facto deste se cumprir ou mesmo exceder, voltando as atenções para si, temendo serem avaliados, ainda, que positivamente. O medo de avaliação positiva é definido como o medo associado a ser avaliado favoravelmente e publicamente, promovendo uma comparação social direta e fazendo com que a pessoa se sinta demasiado visível (Weeks, Heimberg & Rodebaugh, 2008). As funções do medo de avaliação positiva estariam associadas à redução do conflito social com os outros, à proteção do *status* social (reduzindo a concorrência com outros socialmente dominantes) e à redução da sua visibilidade (Weeks, Heimberg, Rodebaugh & Norton, 2008). O medo de avaliação positiva poderia também existir, pelo facto de prever uma posterior avaliação negativa. A explicação para este aspeto estaria relacionada com o facto de chamar as atenções para si de forma positiva, podendo colocar o sujeito numa posição de destaque, o que o leva a temer não conseguir, posteriormente, cumprir as expetativas que formaram sobre si, tendo medo da avaliação negativa (Wallace & Alden, 1997; Weeks, Heimberg & Rodebaugh, 2008).

Assim, não obstante o medo de avaliação negativa ser fulcral, na definição e conceptualização da fobia social, Weeks, Heimberg & Rodebaugh (2008) e Weeks, Heimberg, Rodebaugh, Goldin, e Gross (2012) apontam para a existência de medo de avaliação positiva. Os autores defendem que a fobia social será melhor caraterizada como um medo de avaliação geral, mais do que o tradicionalmente enfatizado como medo de avaliação negativa.

Raiva e agressividade na fobia social

Numa perspectiva evolucionária, a raiva pode ser descrita como a experiência de se sentir envergonhado e criticado, uma vez que ser alvo de crítica pode levar um sujeito a atacar ou a tornar-se violento (Tangney, Hill-Barlow, Wagner, Marschall, Borenstein, Sanftner, Mor & Gramzow,1996). O Modelo da Frustração-Raiva, proposto por Dollard et al. (1939) e revisto por Berkowitz (1962, 1978) postulava que a agressividade é uma forma de responder à frustração, percebida ou real, através da raiva. Assim sendo, o objetivo da agressividade será defender o indivíduo ou causar dano à causa da frustração, provocação ou ameaça. Todavia este modelo apresenta algumas limitações, já que considera que a frustração gera sempre raiva que,

por sua vez, resulta em agressividade e sabe-se que pode resultar numa serie de comportamentos, como o evitamento ou a resignação (Dodge, 1991).

A agressividade pode ser entendida através das formas e das funções que assume (Marsee, Barry, Childs, Frick, Kimonis & Muñuz, 2011). No que se refere à forma, a agressividade pode ser aberta/física ou indireta/relacional. No caso da primeira, os comportamentos exercidos têm como objetivo o conflito interpessoal e são exemplos o empurrar, o bater ou o ameaçar os outros (Archer & Coyne, 2005; Marsee et al., 2011). A agressividade relacional consiste em intentar infligir dano a terceiros, por meio de estratégias sociais, manipulando relações ou pondo em causa a reputação do sujeito em questão (Archer & Coyne, 2005). Já no que diz respeito às funções da agressividade, distingue-se a agressividade proactiva da agressividade reativa. A agressividade proactiva é um tipo de agressão que não inclui provocação anterior, enquanto que a agressividade reativa é uma forma mais impulsiva de reagir defensivamente face a um estímulo ameaçador (Crapanzano, Frick & Terranova, 2010).

Uma das características mais vincadas da fobia social é a grande preocupação com a possibilidade de rejeição social (Leary Twenge, & Quinlivan, 2006). De modo a evitar esta rejeição, os indivíduos com fobia social envolvem-se em comportamentos pautados pelo evitamento, que minimizem a ansiedade vivenciada e diminuam a informação partilhada com outras pessoas, para que assim a probabilidade de avaliação negativa também seja reduzida (Rapee & Heimberg, 1997).

Não obstante a ansiedade e o evitamento social serem apontados como características distintivas da fobia social, existem evidências de que as pessoas com fobia social demonstram uma grande heterogeneidade de sintomatologia, sendo que para além do medo, da ansiedade, da timidez, da submissão e do auto-*focus*, a raiva é uma importante dimensão a considerar na fobia social, ou seja, mais do que submissão, alguns sujeitos com fobia social mostram tendências comportamentais que podem ser descritas como raiva e hostilidade (Hoffman, Heinrichs & Moscovitch, 2004). Assim, a fobia social é usualmente descrita como um padrão de comportamento de inibição e de aversão ao risco. Contudo, para além do grupo de indivíduos com fobia social mais típico que se envolve em evitamentos, um novo padrão atípico tem sido explorado e têm sido encontrados sujeitos com ansiedade social que apresentam elevados níveis de raiva e de agressividade tendo comportamentos hostis e de dominância, ao invés dos comportamentos mais típicos de submissão. Para além da raiva e agressividade, indivíduos deste subgrupo de fobia social podem interessar-se pelo que é novidade e inclusivamente, envolver-se em comportamentos de risco, como a impulsividade sexual e o consumo de substâncias (Kashdan, Collins & Elhai, 2006; Kashdan & Hofmann, 2008; Kashdan, McKnight, Richey & Hofmann, 2009; Leary et al., 2006). Num estudo de Erwin, Heimberg, Schneier & Liebowitz (2003), indivíduos com fobia social experienciaram elevados níveis de raiva e expressaram essa raiva de formas mais problemáticas, suprimindo-a, do que os indivíduos do grupo de controlo (amostra sem

perturbações de ansiedade) A fobia social mostrou-se significativamente associada com a raiva (quer traço, quer estado), com a raiva em resposta a avaliação negativa percebida e com a supressão da raiva. Se os sujeitos com fobia social se sentem irritados com a forma como são tratados, não mostram essa raiva e diminuem a probabilidade de reparar esse estado ou de um melhor tratamento no futuro (Erwin et al., 2003; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin & Fresco, 2005). No entanto, estes comportamentos teriam a mesma função que o envolvimento em comportamentos mais internalizantes, uma vez que o que se pretende é, temporariamente, evitar a avaliação negativa e a ansiedade que a situação social provoca (Kashdan & Hofmann, 2008).

Novaco (1976) postulava já que a explosão de raiva pode servir como uma forma de reforçar uma autoimagem pública, transformando os sentimentos de ansiedade, insegurança e vulnerabilidade numa apresentação mais socialmente aceite do s*elf*, enquanto aumenta também a sensação de controlo pessoal sobre a ansiedade. Estas manifestações de raiva ocorrem em indivíduos que não têm competências de assertividade em situações sociais.

Também assumir o risco ou comportamentos perigosos pode ser percebido como um meio de alcançar um *status* social. Na esperança de ganhar a aprovação de terceiros, sujeitos com fobia social com essas expectativas podem agir contra a tendência dominante não-assertiva. Aceitar convites para se juntar a grupos de risco ou decidir lutar quando desafiado para um confronto físico em frente a um público, será percebido como um meio de ser aceite ou considerado como interessante pelos pares. Com medo de rejeição como definição de fobia social, estas vantagens podem explicar porque esses comportamentos são mais reforçadores para ansiosos sociais com altas expectativas comparando com indivíduos não ansiosos (Kashdan et al., 2006).

Os indivíduos com fobia social são particularmente sensíveis à rejeição social e veem este evento como aversivo e como um obstáculo à necessidade de pertença. Parece relativamente comum que quando alguém se sente rejeitado por outros fique com raiva e estudos nesta área revelam que a rejeição é mesmo um dos mais relevantes precursores da agressão (Leary et al, 2006). De facto, a rejeição social na adolescência é considerada um fator de risco para a violência mais forte do que o envolvimento em *gangs*, a pobreza ou o uso de drogas (Office of the Surgeon General, 2001).

Por outro lado, uma estratégia para indivíduos com ansiedade social lidarem com a apreensão sobre serem examinados e rejeitados é rejeitarem outras pessoas antes de serem rejeitados. Se estes indivíduos acreditam que o comportamento agressivo é benéfico para eles, na medida em que interrompe a probabilidade de rejeição, é mais provável que tentem regular o ambiente social sendo agressivos (Kashdan et al.,2006). O envolvimento neste tipo de comportamentos parece compensar a desregulação emocional e comportamental experienciada por indivíduos que sofrem de ansiedade social. Assim, ainda que temporariamente, é restaurada a sensação de controlo sobre acontecimentos externos e é reduzido o evitamento como

resposta à ameaça, que é o comportamento mais típico da fobia social (Kashdan et al., 2006).

Uma vez que a raiva coloca muitos desafios ao sujeito que a sente, seria de esperar que empregassem os seus recursos de maneira a alterar ou evitar as experiências de raiva, já que estas se podem constituir como socialmente indesejáveis (Breen & Kashdan, 2011). Estes autores confirmam de facto que o evitamento modera a relação entre a ansiedade social e a supressão de raiva, sendo de esperar que os ansiosos sociais que realizam mais evitamentos suprimam mais a raiva do que os que não evitam tanto as emoções indesejadas.

Também a teoria de *ranking* social de Gilbert pode fornecer ajuda na questão de um subgrupo de ansiosos sociais desenvolverem expectativas positivas para comportamentos de risco. Sendo hipersensíveis à posição social e ao possível ostracismo, podem perceber os comportamentos agressivos como representativos de indivíduos com um *ranking* social superior, aumentando a probabilidade de se envolverem nestes comportamentos ao esperarem obter recompensas sociais típicas de um nível social superior (Gilbert & Miles, 2000; Kashdan et al., 2006).

Num recente estudo português (Correia, 2012), observou-se que no grupo de indivíduos da população normal com elevado medo de avaliação negativa, a agressividade do tipo reactiva aberta está associada ao medo de avaliação negativa, consonante com a teoria e com o que se postulava acerca de rejeitar antes de ser rejeitado (Leary et al., 2006).

A conclusão desta investigação e consequente confirmação da hipótese da existência de um subgrupo de indivíduos com fobia social que apresenta agressividade e de um subgrupo de sujeitos com perturbação do comportamento com elevado medo de avaliação negativa, pode levar a uma compreensão mais ampla da fobia social e dos seus diferentes padrões de comportamento, permitindo uma melhor compreensão da natureza, curso e expressão comportamental da fobia social e levando a uma intervenção terapêutica mais eficaz.

Objetivos

O **estudo 1** tem como objetivo investigar a existência de um subgrupo de adolescentes com fobia social (FS) que apresenta valores elevados de raiva e agressividade, bem como a relação entre estas variáveis e o medo de avaliação negativa. Assim, foram colocadas as seguintes hipóteses:

H1: No grupo com FS haverá um subgrupo de adolescentes que apresentará elevada raiva e agressividade e reduzido evitamento social. [1]

H2: Se se verificar a existência do subgrupo com FS atípica (FSat), existirá uma correlação positiva e significativa entre medo de avaliação negativa e positiva, ansiedade e evitamento social, raiva e agressividade e

[1] Este subgrupo de adolescentes com fobia social será denominado de fobia social atípica.

uma correlação negativa e significativa entre medo de avaliação negativa e evitamento social.

O **estudo 2** tem como objetivo investigar a existência de um subgrupo de adolescentes com perturbação do comportamento (PC) que apresentam valores elevados de medo de avaliação negativa, bem como a relação entre esta variável, a raiva e a agressividade, de acordo com as hipóteses referidas:

H3: No grupo com PC existirá um subgrupo de adolescentes que apresentará elevado medo de avaliação negativa. [2]

H4: Se se verificar a existência do subgrupo com PC atípica (PCat), existirá uma correlação positiva e significativa entre medo de avaliação negativa e positiva, ansiedade e evitamento social, raiva e agressividade e uma correlação negativa e significativa entre medo de avaliação negativa e evitamento social.

O **estudo 3** tem como objetivo realizar comparações inter-grupos, colocando-se as seguintes hipóteses:

H5: Os dois subgrupos atípicos não apresentarão diferenças significativas no que toca a medo de avaliação negativa, medo de avaliação positiva, ansiedade e evitamento social, raiva e agressividade.

H6: Comparativamente ao grupo com FS típica (FSt), o subgrupo com FS atípica apresentará pontuações significativamente superiores no que se refere à raiva e agressividade e significativamente inferiores no que se refere ao evitamento; não existirão diferenças significativas no que se refere à ansiedade social, medo de avaliação negativa e medo de avaliação positiva.

H7: Comparativamente ao grupo com PC típica (PCt), o subgrupo de adolescentes com PC atípica apresentará pontuações significativamente superiores no que se refere à ansiedade social, medo de avaliação negativa e medo de avaliação positiva e não apresentará diferenças significativas no que se refere à raiva e agressividade.

H8: Os dois subgrupos atípicos apresentarão diferenças significativas no que se refere ao *focus* atencional: os sujeitos com fobia social apresentarão um auto *focus* mais elevado e os sujeitos com perturbação do comportamento um *focus* externo mais elevado.

H9: Os quatro grupos analisados não apresentarão diferenças significativas no que toca aos níveis de vergonha (externa e interna).

H10: O grupo com FS típica apresentará diferenças significativas no que se refere à estratégia de regulação emocional utlizada comparativamente com os outros 3 grupos (FSat, PCt e PCat), sendo que os sujeitos com FSt utilizarão mais a *autocrítica* e os sujeitos dos outros grupos mais o *culpar o outro*.

[2] Este subgrupo de adolescentes com perturbação do comportamento será denominado de perturbação do comportamento atípica.

Metodologia

Descrição da amostra

A amostra total deste estudo ficou constituída por 72 adolescentes, divididos em dois grupos: adolescentes com fobia social (FS) e adolescentes com perturbação do comportamento (PC). O grupo FS foi recolhido nas escolas referidas no ponto do procedimento e o grupo PC foi constituído por sujeitos que estão a cumprir uma medida tutelar educativa com internamento num centro educativo.

O grupo FS constituiu a amostra do estudo 1, o grupo PC fez parte do estudo 2 e ambos foram alvo de comparações inter-grupos no estudo 3.

Foram considerados como critérios de exclusão dos participantes neste estudo: a idade inferior a 14 e superior a 18 anos; preenchimento incompleto dos instrumentos aplicados; evidência de dificuldades de compreensão que prejudicassem o preenchimento adequado dos questionários; a presença de um diagnóstico principal que não o pretendido.

Na descrição e comparação dos dois grupos de adolescentes que fazem parte da amostra, foram analisadas as possíveis diferenças ao nível do género (Quadro 1), da idade, da escolaridade e do estatuto socioeconómico (Quadros 2 e 3).

Quadro 1. *Distribuição dos grupos em estudo por género. Teste T-Student para verificação das Diferenças*

	Género						t	*p*
	Masculino		Feminino		Total			
Grupos	N	%	N	%	N	%		
FS	22	52.4	20	47.6	42	58.3	6.105	.000
PC	30	100	0	0	30	41.7		
Total	52	72.2	20	27.8	72	100		

Nota: FS=grupo de fobia social; PC= grupo com perturbação do comportamento.

No que se refere à análise por **género**, verificámos que a maioria da amostra total era do género masculino (n=52; 72.2% da amostra total), uma vez que o grupo PC foi apenas constituído por sujeitos do género masculino. As diferenças de género revelaram-se estatisticamente significativas (Quadro 1).

Quadro 2 . *Médias e desvios-padrão da idade e anos de escolaridade dos grupos em estudo. Teste T-Student para verificação das diferenças*

		Idade				Escolaridade			
Grupos	N	M	DP	t	*p*	M	DP	t	*p*
FS	42	15.36	.958	-4.614	.000	10	.765	16.714	.000
PC	30	16.50	1.306			6.10	1.213		
Total	72	15.83	1.175			8.38	2.165		

Nota: FS=grupo de fobia social; PC= grupo com perturbação do comportamento

Na análise da **idade**, verificou-se que as diferenças entre grupos são estatisticamente significativas, sendo a média das idades do grupo PC superior à média do grupo FS (Quadro 2).

Quanto à **escolaridade**, constatou-se que os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas, uma vez que a média dos anos de

escolaridade do grupo FS foi superior à média do grupo PC (Quadro 2).

No que se refere ao **estatuto socioeconómico**, existiam diferenças estatisticamente significativas entre grupos, sendo a média do estatuto socioeconómico do grupo FS superior à média do grupo PC (Quadro 3).

Quadro 3. *Médias e desvios-padrão das da idade e anos de escolaridade dos grupos em estudo. Teste de qui-quadrado* (χ^2)*para verificação das diferenças*

	Estatuto socioeconómico				
Grupos	**N**	**M**	**DP**	χ^2	***p***
FS	42	2.12	.633	37.756	.000
PC	30	1.13	.346		
Total	72	1.71	.721		

Nota: FS=grupo de fobia social; PC= grupo com perturbação do comportamento

Foram averiguadas as diferenças entre rapazes e raparigas nas variáveis demográficas e nas variáveis em estudo e, uma vez que não existiam diferenças, optou-se por manter as raparigas.

Instrumentos[3]

A **Escala de Ansiedade Social para Adolescentes** (SAS-A: *Social Anxiety Scale for Adolescent;* La Greca & Lopez, 1998) pretende avaliar as experiências de ansiedade social e o medo de avaliação negativa dos adolescentes no contexto das relações com os pares. É composta por 22 itens (4 neutros) respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a ansiedade social. Os itens que perfazem a pontuação final dividem-se em três subescalas: a FNE (medo de avaliação negativa), a SAD/N*ew* (desconforto e evitamento social em situações novas) e a SAD/*General* (desconforto e evitamento social generalizado) (La Greca & Lopez, 1998). Esta escala apresenta uma consistência interna entre razoável e muito boa quer na versão original (La Greca & Lopez, 1998) quer na versão portuguesa (Cunha, Pinto-Gouveia, Alegre & Salvador, 2004). Apresenta uma boa validade concorrente (La Greca, 1998) e tem uma estabilidade temporal aceitável, uma validade convergente satisfatória e uma boa validade divergente na sua versão portuguesa. O ponto de corte de 55 permite uma boa classificação de jovens, com ou sem fobia social, numa amostra da comunidade (Cunha et al., 2004), e é sensível a mudanças que decorrem do tratamento (Salvador, 2009).

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

[3] Consideram-se 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.

é composta por 34 itens, respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, que descrevem situações sociais e que compõem duas subescalas, a subescala de desconforto/ansiedade e a subescala de evitamento, cada uma com 6 fatores: interação em situações novas; interação com o sexo oposto; desempenho em situações formais; interação autoafirmativa; ser observado pelos outros; comer e beber em público. Quanto maior o resultado, maior a ansiedade e o evitamento social. Apresenta valores de consistência interna entre bons a muito bons nas suas subescalas, uma estabilidade temporal moderada e boa validade convergente e divergente. Mostrou uma boa capacidade diagnóstica para detetar adolescentes com fobia social e distinguir entre estes e adolescentes com outras perturbações ou sem psicopatologia (Cunha, 2005) e é sensível a resultados decorrentes do tratamento (Salvador, 2009).

A **Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes (**EPASSA; Salvador, Pinto-Gouveia & Cunha, 2004) é composta por 29 itens que descrevem pensamentos automáticos em situações sociais receadas. Numa escala de *Likert* de 4 pontos é avaliada a frequência de cada pensamento, sendo que quanto maior a pontuação, maior esta frequência. A escala apresenta uma muito boa consistência interna, estabilidade temporal e validade convergente e discriminante, apresentando uma estrutura unifatorial (Bento, 2010). Apresenta, ainda, sensibilidade a mudanças decorrentes da intervenção terapêutica (Salvador, 2009).

A **Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (**ECSSSA; Salvador, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2006) tem como objetivo avaliar a frequência de comportamentos de segurança utilizados em situações sociais, previamente determinadas pela EAESSA como ansiógenas. É composta por 17 itens avaliados numa escala de *Likert* de 4 pontos. Quanto maior a pontuação, maior a frequência de utilização de comportamentos de segurança. A escala tem uma estrutura unifatorial, boa consistência interna e estabilidade temporal e validade convergente moderada (Silva, 2010). Também a ECSSSA é sensível a resultados de procedimento terapêutico (Salvador, 2009).

A **Escala Medo de Avaliação Negativa (breve e especifico) (**Brief-FNE: *Brief Fear of Negative Evaluation Scale;* Rodebaugh,Woods, Thissen, Heimberg, Chambless & Rapee, 2004) foi desenvolvida para avaliar a apreensão acerca da avaliação negativa, tendo os sujeitos que responder a 8 afirmações numa escala de *Likert* de 5 pontos. Quanto maior a pontuação obtida, maior o medo de avaliação negativa. A escala original de Leary (1983) é composta por 12 itens, contudo a versão aqui utilizada inclui apenas os 8 itens cotados diretamente. Quanto às características psicométricas, o Brief-FNE revela boa consistência interna (com amostras comunitárias, Pitarch, 2010; Rodebaugh et al, 2004; e para amostras clínicas, Weeks, Heimberg, Fresco, Hart, Turk, Schneier & Liebowitz, 2005), validade convergente (Pitarch, 2010; Rodebaugh, et al., 2004; Weeks et al, 2005) e validade discriminante (Pitarch, 2010; Weeks et al, 2005). Um estudo português para adolescentes obteve uma muito boa consistência interna (Vagos, Salvador, Rijo, Santos, Weeks, & Heimberg, 2013).

A **Escala de Medo de Avaliação Positiva** (FPES: *Fear of Positive Evaluation Scale;* Weeks, Heimberg, & Rodebaugh, 2008) pretende avaliar o medo de avaliação positiva e é composto por 10 itens, respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos. Quanto maior a pontuação obtida, maior o medo de avaliação positiva. Apresenta uma boa consistência interna para a amostra comunitária (Weeks et al., 2008) e para a amostra clínica (Weeks, Heimberg, Rodebaugh, Golding & Gross, 2012) e boa validade convergente e discriminante (Weeks et al., 2008; Weeks et al., 2012). Um estudo português com adolescentes obteve uma boa consistência interna (Vagos, Salvador, Rijo, Santos, Weeks, & Heimberg, 2013).

A **Escala de Vergonha Interna** (ISS: *The Internalized Shame Scale*; Cook, 1994) pretende avaliar a emoção de vergonha enquanto traço. Responde-se a um conjunto de afirmações que se referem a sentimentos ou experiências dolorosas ou negativas, usando uma escala de *Likert* de 5 pontos. É composta por 30 itens divididos em duas subescalas: a subescala de vergonha interna (24 itens) e a subescala de autoestima (6 itens), sendo que a primeira é a central deste questionário e a única utilizada neste estudo. Quanto mais alta a pontuação, maior a vergonha interna. Quer na versão original, quer na versão portuguesa para adolescentes, esta subescala apresenta *alphas* de *Cronbach* muito bons e uma elevada estabilidade temporal (Cook, 1994; Januário, 2011).

A **Escala de Vergonha Externa (**OAS: *Other as Shamer*; Goss, Gilbert & Allan, 1994) foi construída a partir da Escala de Vergonha Interna e é composta por 18 itens que têm por objetivo avaliar a vergonha externa, isto é, o que as pessoas pensam acerca da forma como os outros as veem. É utilizada uma escala de *Likert* de 5 pontos e quanto maior a cotação, maior a vergonha externa. Possui uma estrutura fatorial de três fatores: Inferioridade, Vazio e Reação dos Outros aos meus Erros, confirmada também na versão portuguesa (Figueira, 2010). O estudo original e a aferição portuguesa desta escala para adolescentes apresentaram, no geral, bons valores de consistência interna (Goss et .al, 1994; Figueira, 2010). Na versão portuguesa, a OAS apresenta uma validade convergente satisfatória e a estabilidade temporal variou de moderada a boa nos diferentes fatores (Figueira, 2010).

O **Questionário de Focus de Atenção (**FAQ: *Focus of Attention Questionnaire:* Woody, Chambless & Glass, 1997) tem 10 itens e avalia o *focus* de atenção numa situação social. Apresenta duas subescalas de 5 itens, a subescala de atenção auto-focada (FAQ*self*) e a subescala que mede o focus externo (FAQ*externo*). Cada item pode ser respondido através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, sendo que quanto maior a pontuação obtida maior o *focus* de atenção ou em si mesmo ou no exterior. As consistências internas da versão original e da versão portuguesa para adolescentes foram consideradas razoáveis, possuindo uma boa validade de constructo, convergente e divergente (Woody, 1996; Woody et al., 1997; Fontinho & Salvador, 2012).

O **Questionário de Agressividade** (AQ: *The Agression Questionnaire*; Buss & Perry, 1992) pretende medir a agressividade e é composto por 29 itens distribuídos por quatro fatores de agressividade: agressividade física, a agressividade verbal, a raiva e a hostilidade. Os itens são respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, sendo que quando maior a pontuação maiores os níveis de agressividade. A versão de Buss & Perry (1992) mostrou ter uma consistência interna entre razoável a boa e a versão portuguesa (Simões,1993) entre fraca a boa nas diferentes escalas e para o total, apresentando também uma validade discriminante razoável.

O **Questionário de Regulação Cognitiva da Emoção** (CERQ: *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire;* Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) foi construído de maneira a medir as estratégias cognitivas de regulação emocional e subdivide-as em nove tipos de estratégias diferentes: autocrítica, aceitação, replaneamento, reorganização positiva, ruminação, reavaliação positiva, pôr noutra perspetiva, culpar os outros e catastrofização (Garnefski et al., 2001). O CERQ é constituído por 36 itens respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a utilização de determinadas estratégias de regulação emocional. No que se refere à consistência interna, os *alphas* das nove subescalas variam entre razoável a boas tanto na versão original (Garnefski et al., 2001) como na versão portuguesa para adolescentes (Matos, Cherpe, & Serra, 2012). Para melhor compreender as estratégias cognitivas de regulação emocional, neste estudo, foram analisados os *clusters* de regulação emocional positiva e negativa.

O **Inventário do Comportamento** (YSR: *Youth Self-Report*; Achenbach,1991) pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento da criança/adolescente, tal como são percecionados. Apresenta seis fatores (comportamento anti-social, problemas de atenção/hiperatividade, ansiedade/depressão, isolamento, queixas somáticas e problemas de pensamento) e dois *clusters* (problemas de expressão exteriorizada e de problemas emocionais ou de expressão interiorizada). A consistência interna dos fatores da versão portuguesa variam entre razoável a boa, a estabilidade temporal é boa no que se refere ao total dos problemas, a validade convergente é moderada e a discriminante boa (Fonseca & Monteiro, 1999).

A **Entrevista Estrutura para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência** (ADIS-C: A*nxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Version;* Silverman & Albano, 1996) é um dos meios de avaliação mais usados para diagnosticar perturbações de ansiedade na infância e adolescência, tendo por base os critérios de diagnósticos propostos pelo DSM-IV. Para além das perturbações de ansiedade, avalia também os critérios de Diagnóstico para a Distimia e Perturbação Depressiva *Major*, Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade e inclui também questões de rastreio de outras perturbações. A ADIS-C apresenta uma excelente fidedignidade teste-reteste e revela muita precisão nos diagnósticos de Fobia Específica e Perturbação de Ansiedade de Separação,

apresentando também uma boa precisão diagnóstica de Fobia Social e Ansiedade Generalizada (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). Foi também verificada uma boa validade concorrente nos diagnósticos de Fobia Social, Perturbação de Ansiedade de Separação e Perturbação de Pânico (Wood, Piacentini, Bergman, McCraken, & Barrios, 2002). A sua versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Cunha e Salvador (2003), sendo que um estudo das características psicométricas nesta população mostrou boa validade concorrente, discriminante e uma elevada concordância inter-avaliadores (Casanova e Salvador, 2013).

A **Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents Kid** (M.I.N.I. KID; Sheehan, Shytle, Milo, Janavs and Lecrubier, 1990) é uma entrevista estruturada de diagnóstico que avalia psicopatologia do eixo I de acordo com o DSM- IV e a CID-10. No seu estudo original, revelou precisão a diagnosticar qualquer perturbação de humor, ansiedade, uso de substâncias, do comportamento e alimentar. Possui uma estabilidade temporal de razoável a muito elevada no diagnóstico de todas as perturbações, à exceção da distimia. Este estudo usufruirá de uma amostra de sujeitos com perturbação do comportamento diagnosticada através deste instrumento, recolhida no âmbito do Projeto PAIPA (Programa de Intervenção Psicoterapêutica no Âmbito da Justiça), projeto paralelo de um outro grupo de investigação.

Seguidamente são apresentadas as consistências internas dos instrumentos utilizados para os grupos FS e PC (Quadro 4).

Quadro 4. *Consistências Internas dos instrumentos utilizados, nos grupos em estudo (FS,PC)*

Escalas	FS	PC
EAESSA Desconforto	.895	.854
EAESSA Evitamento	.866	.837
EPASSA	.954	.924
ECSSSA	.853	.844
BFNE	.919	.877
FPE	.655	.737
ISS_vergonha	.968	.945
OAS Total	.962	.907
OAS Inferioridade	.923	.831
OAS Reação aos Outros	.857	.678
OAS Vazio	.866	.862
FAQ Auto-focus	.871	.671
FAQ Focus externo	.675	.757
AQ Raiva	.703	.723
AQ Hostilidade	.813	.738
AQ Agressividade Verbal	.695	.788
AQ Agressividade Física	.692	.800
AQ Total	.872	.903
CERQ Autocrítica	.903	.731
CERQ Culpar os outros	.771	.673
CERQ Estratégias positivas	.917	.859
CERQ Estratégias negativas	.929	.887

Nota: FS = grupo com fobia social; PC = grupo com perturbação do comportamento; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes EPASSA = Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA =

Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; BFNE = Escala Medo de Avaliação Negativa (breve e especifico); FPE = Escala de Medo de Avaliação Positiva; OAS = Escala de Vergonha Externa; ISS_vergonha = Fator de Vergonha da Escala de Vergonha Interna,; FAQ = Questionário de Focus de Atenção; AQ = Questionário de Agressividade; CERQ = Questionário de Regulação Cognitiva da Emoção

Procedimentos

Para o estudo 1, relativo ao grupo com fobia social,após obtida autorização da CNPD (Comissão Nacional de Proteção de Dados), DGIDC (Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular), direção de 11 escolas de ensino básico e secundário da zona centro do país, autorização de encarregados de educação e consentimentos informados dos adolescentes foi passada em sala de aula uma bateria de questionários, com uma duração de preenchimento de cerca de 45 minutos, sendo explicitada a natureza voluntária e confidencial da sua participação. De modo a diminuir eventuais enviesamentos dos resultados devido à ordem dos instrumentos, os protocolos foram balanceados.

Estando a recolha de amostra concluída, procedeu-se à análise e tratamento de dados utilizando o *Statistical Program for Social Sciences (SPSS)*, realizando um método de *screening*, ou seja, selecionaram-se para a realização de uma entrevista clínica (ADIS-C) de modo a averiguar a presença de patologia os sujeitos que pontuaram acima do ponto de corte em qualquer questionário de *screening* (SAS-A e YSR).

Para o estudo 2, relativo ao grupo com perturbação do comportamento, foi realizada uma entrevista clínica (MINI KID) a sujeitos internados no Centro Educativo dos Olivais, para confirmar esse diagnóstico. Seguidamente foi-lhes administrada a bateria de instrumentos de autorresposta.

Os resultados dos estudos foram analisados, utilizando o SPSS e serão explicitados na descrição dos resultados.

Resultados

Estudo 1: Existência de um subgrupo de adolescentes com fobia social com elevada raiva e agressividade e reduzido evitamento

No presente estudo, foi nosso objetivo averiguar a existência de um subgrupo de adolescentes com fobia social que apresentassem, concomitantemente, valores elevados de raiva e agressividade e reduzido evitamento social.

Para explorar a existência desse subgrupo de adolescentes com fobia social atípica (FSat) foi usada uma amostra de adolescentes sem patologia, proveniente de um estudo a decorrer paralelamente. Elegeu-se como melhor medida para avaliar a raiva e agressividade o score total do AQ e utilizou-se como ponto de corte para encontrar estes sujeitos o limite superior do intervalo médio dessa medida, e como critério para o evitamento optou-se pelo limite inferior do intervalo médio da medida de evitamento (EAESSA evitamento). Através deste procedimento, constatou-se que os critérios acima referidos não permitiram encontrar qualquer sujeito.

Como pretendíamos estudar a existência de uma heterogeneidade adentro da população de adolescentes com fobia social, com objetivo não só de investigação, mas principalmente clinico, optámos por explorar a existência do subgrupo acima descrito realizando uma análise de Clusters e averiguando a existência de adolescentes com fobia social que pontuassem acima do quartil 75 no total do AQ. Desse modo, encontraram-se 11 sujeitos com pontuações elevadas de agressividade e raiva.

De modo a averiguar a existência de reduzido evitamento, procedeu-se igualmente a uma análise de Clusters, procurando-se os adolescentes com fobia social que pontuavam abaixo do quartil 25 na medida de evitamento social. O número de sujeitos mostrou-se limitado (N = 10), e ainda mais reduzido quando se pretendeu compreender se estes eram os mesmos sujeitos que pontuaram acima do quartil 75 na medida de agressividade, sendo que apenas 6 cumpriram estes critérios, o que impossibilitaria qualquer estudo estatístico.

Assim, optámos por apenas definir estes sujeitos com FSat usando os critérios de raiva e agressividade elevadas e excluindo o critério de baixos níveis de evitamento social, ainda que com consciência de que se tratava também de um grupo reduzido. Resultou, assim, num grupo de FSat constituído por 11 sujeitos (26.2% da amostra de sujeitos com fobia social) e num grupo de fobia social típica (FSt) constituído por 31 sujeitos (73.8% da amostra de sujeitos com fobia social).

No Quadro 5 são apresentadas as correlações das medidas de medo de avaliação negativa, ansiedade e evitamento social, pensamentos automáticos e comportamentos de segurança com as medidas de raiva, agressividade e evitamento social no grupo de FSat. Verificaram-se apenas correlações não significativas, ainda que moderadas[4], da EAESSA desconforto e da EAESSA evitamento com a agressividade verbal e do FPE com a agressividade física. Não se verificou qualquer associação entre o medo de avaliação negativa e o evitamento social. As únicas correlações significativas não constam dos objetivos do estudo.

Quadro 5. *Correlações bivariadas de medidas relacionadas com ansiedade social e medidas de raiva e agressividade, no grupo FSat*

	AQ Raiva	AQ Hostilidade	AQ Agr Verbal	AQ Agr Física	AQ Total	EAESSA evitamento
BFNE	-.13	.36	.10	-.31	-.05	-.07
FPE	-.27	.16	.17	-.48	-.25	-.02
EAESSA desconforto	.08	-.02	-.48	.12	-.12	.81**
EAESSA evitamento	.14	.11	-.48	.04	-.09	1
EPASSA	.10	.33	-.06	-.36	- .06	.56
ECSSSA	-.07	.16	-.35	-.14	-.19	.61*

Nota: BFNE = Escala Medo de Avaliação Negativa (breve e especifico); FPE = Escala de Medo de Avaliação Positiva; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais

[4] Na avaliação da magnitude das correlações são considerados como valores de referência 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.

para Adolescentes; EPASSA = Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA = Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; AQ = Questionário de Agressividade
*p < .05, ** p<.01

Estudo 2: Existência de um subgrupo de adolescentes com perturbação do comportamento com elevado medo de avaliação negativa

No estudo 2 pretendíamos investigar a existência de um subgrupo de adolescentes com perturbação do comportamento que apresentasse valores elevados de medo de avaliação negativa.

A medida para avaliar o medo de avaliação negativa foi o BFNE e usou-se como ponto de corte para encontrar este subgrupo o limite superior do intervalo médio dessa medida. Utilizando este procedimento, apenas se encontrou um sujeito.

Mais uma vez, como o nosso interesse na distinção deste subgrupo era eminentemente clinico, de forma a identificar este subgrupo de perturbação do comportamento atípica (PCat), procedeu-se a uma análise de Clusters, para reunir os sujeitos que pontuassem acima do quartil 75 no medo de avaliação negativa (BFNE). Deste modo, foram encontrados 10 sujeitos que cumpriam esta condição e que constituíam 33.3% da amostra de sujeitos com perturbação do comportamento, ficando o grupo com perturbação do comportamento típica (PCt) com 20 sujeitos (66.7%).

As correlações das medidas de medo de avaliação negativa e ansiedade social com medidas de raiva, agressividade e o evitamento social no grupo de PCat constituem o Quadro 6. Verificou-se que, à exceção da agressividade verbal, todas as correlações entre medidas de ansiedade social e de raiva e agressividade se apresentaram moderadas. Algumas dessas correlações atingiram significância estatística. De salientar ainda que o medo de avaliação negativa e o evitamento social se correlacionaram, apresentando uma correlação significativa e positiva, elevada, ao contrário do hipotetizado.

Quadro 6. *Correlações bivariadas de medidas relacionadas com ansiedade social e medidas de raiva e agressividade, no grupo PCat*

	AQ Raiva	AQ Hostilidade	AQ Agr Verbal	AQ Agr Física	AQ Total	EAESSA evitamento
BFNE	.32	.69*	-.38	.34	.35	.88**
FPE	.36	.23	-.13	.47	.31	.62
EAESSA desconforto	.53	.38	-.24	.43	.38	.80**
EAESSA evitamento	.53	.58	-.28	.49	.46	1
EPASSA	.60	.41	-.03	.68*	.54	.78**
ECSSSA	.65*	.51	-.12	.66*	.56	.81**

Nota: BFNE = Escala Medo de Avaliação Negativa (breve e especifico); FPE = Escala de Medo de Avaliação Positiva; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EPASSA = Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA = Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; AQ = Questionário de Agressividade
*p < .05, ** p < .01

Estudo 3: Comparações inter-grupos

Os grupos que fazem parte deste estudo provêm dos estudos anteriores, sendo que o grupo FSt é constituído por 31 adolescentes, o grupo FSat por 11, o grupo PCt por 20 e o grupo PCat por 10 adolescentes.

Neste estudo pretendeu comparar-se os quatro subgrupos (FSt, FSat, PCt e PC at) ao nível do medo de avaliação negativa, medo de avaliação positiva, ansiedade social, pensamentos automáticos, comportamentos de segurança, raiva, agressividade, focus atencional, níveis de vergonha e estratégias de regulação emocional, consoante as hipóteses apresentadas.

Para comparação dos grupos em variáveis correlacionadas, optou-se pela realização de análises multivariadas da variância (MANOVA's) para as medidas de ansiedade social ($\Lambda = .289$; $F = 5.388$; $p < .001$) e para as medidas de raiva e agressividade ($\Lambda = .272$; $F = 9.114$; $p < .001$).

Nos quadros seguintes são apresentadas as médias e os desvios-padrão de cada grupo, a análise da variância (ANOVA), testes post-hoc de Tukey. Foi usado este procedimento estatístico paramétrico ao invés de um teste não-paramétrico, pois, de acordo com Maroco (2011), numa amostra pequena, cujos efeitos têm uma reduzida probabilidade de ser detetados, devem utilizar-se estatísticas paramétricas no intuito de tentar encontrar estes efeitos, uma vez que os testes não-paramétricos terão uma potência mais reduzida de os encontrar.

Optou-se por usar análises univariadas da variância (ANOVA's)[5] ao invés de test T-student ou testes de Mann-Whitney comparando os grupos dois a dois conforme as hipóteses a H5 a H8, para podermos comparar os 4 grupos e explorar dados de possível interesse.

As comparações post-hoc de Tukey apresentadas a negrito referem-se diretamente às hipóteses colocadas. No caso em que as comparações correspondentes às hipóteses não se encontrarem representadas no quadro, isso deve-se a não existirem diferenças entre os grupos.

Fobia social atípica e perturbação do comportamento atípica

O primeiro objetivo deste estudo prendeu-se com a comparação dos dois subgrupos atípicos (**FSat** e **PCat**) no que toca a medo de avaliação negativa, medo de avaliação positiva, ansiedade e evitamento social, pensamentos automáticos, comportamentos de segurança, raiva e agressividade.

Através de análises multivariadas de variância (MANOVA) presentes no Quadro 7 constatou-se, primeiramente, que os grupos FSat e PCat apenas apresentaram diferenças significativas na subescala EAESSA desconforto/ansiedade, sendo o grupo FSat o que apresenta um resultado mais elevado. Não existiram diferenças significativas em nenhuma das outras variáveis em que estes grupos foram comparados.

No que se referia ao *focus* atencional, era esperado que os dois subgrupos atípicos (**FSat** e **PCat**) apresentassem diferenças significativas.

[5] Todas as ANOVAS's realizadas foram confirmadas com teste T-student.

No que respeita ao fator FAQ auto-*focus* e ao FAQ *focus* externo, o grupo FSat e PCat não revelaram diferenças significativas (Quadro 8).

No fator FAQ auto-*focus*, o grupo FSat apresenta valores significativamente superiores aos do grupo PCt. Relativamente ao fator FAQ *focus* externo, o grupo PCt teve pontuações significativamente inferiores aos grupos FSat e PCat. Reportamos apenas as diferenças significativas encontradas (Quadro 8) sendo que os tamanhos do efeito variam entre 3.12 e 4.62.[6]

Fobia social típica e fobia social atípica

Foi hipotetizado, também, que o grupo **FSat**, comparativamente com o grupo **FSt**, apresentaria pontuações significativamente superiores no que se referia à agressividade e raiva, e significativamente inferiores no que se referia ao evitamento. Da mesma forma, não apresentaria diferenças significativas no que se referia à ansiedade social, medo de avaliação negativa e medo de avaliação positiva. Os grupos FSt e FSat, não apresentaram diferenças significativas em nenhuma dimensão de ansiedade social, não apresentando, inclusivamente, diferenças no que toca aos níveis de evitamento social. Já no que se refere à raiva e agressividade, os dois grupos distinguiram-se em todas as dimensões avaliadas, sendo o grupo FSat o que apresenta resultados mais elevados (Quadro 7).

Perturbação do comportamento típica e perturbação do comportamento atípica

Outra hipótese em estudo era a de que, o subgrupo de adolescentes com **PCat** comparativamente com o grupo com **PCt** apresentaria pontuações significativamente superiores no que se referia à ansiedade social, medo de avaliação negativa e medo de avaliação positiva e não apresentaria diferenças significativas no que se referia à agressividade e raiva. Como consta no Quadro 7, apenas se verificaram diferenças significativas na dimensão de medo de avaliação positiva (FPE), sendo que o grupo PCat teve pontuações superiores. Não se revelaram quaisquer outras diferenças nas dimensões de raiva, agressividade, ansiedade social entre estes grupos.

No Quadro 7 são apenas reportadas as diferenças significativas, sendo que o tamanho do efeito destas diferenças variaram entre .97 e 3.41, revelando tamanho do efeito elevado.

De modo a melhor comparar as diferenças entre os quatro grupos em análise procedeu-se à realização de gráficos de barras com as médias das medidas de ansiedade (Figura 1) e com as médias das medidas de raiva e agressividade (Figura 2).

[6] Segundo Cohen (1977), $d \leq .20$ é considerado um tamanho do efeito pequeno, $d \leq .50$ moderado e $d \leq 80$ elevado.

Quadro 7. *Médias (M) e desvios-padrão (DP) das variáveis em estudo nos grupos(FSt, FSat, PCt e PCat). Análises da variância (ANOVA's) para verificação de diferenças, Teste Post-hoc de Tukey para localização das diferenças.*

Medidas	Grupos	M	DP	F	p	Post-Hoc
BFNE	FS t	25.71	7.77	6.953	.000	FSt > PCt FSat > PCt
	FSat	27.64	6.23			
	PCt	17.90	6.16			
	PC at	22.50	5.36			
FPE	FS t	25.23	4.81	17.430	.000	FSt > PCt FSat > PCt **PCat > PCt**
	FSat	26.27	3.26			
	PCt	18.45	3.53			
	PC at	27.20	1.68			
EAESSA desconforto	FS t	80.43	17.30	9.441	.000	FSt > PCt FSt> PCat FSat > PCt **FSat> PCat**
	FS at	87.55	17.36			
	PCt	60.90	14.19			
	PC at	63.80	17.50			
EAESSA evitamento	FS t	73.23	16.59	5.584	.002	FSt > PCt FSat > PCt
	FSat	74.73	17.94			
	PCt	56.80	14.27			
	PC at	60.10	16.64			
EPASSA	FS t	67.10	16.86	4.156	.009	FSat > PCt
	FSat	78.55	14.77			
	PCt	58.55	13.06			
	PCat	68.80	14.86			
ECSSSA	FS t	38.06	8.63	2.016	.120	**FSt = FSat =PCat = PCt**
	FSat	42.09	5.80			
	PCt	35.50	7.60			
	PCat	41.00	8.83			
AQ Raiva	FS t	14.61	3.21	12.391	.000	**FSat > FSt** PCt> FSt PCat> FSt
	FSat	20.91	3.36			
	PCt	19.50	3.99			
	PCat	19.40	4.62			
AQ Agr Física	FS t	14.94	3.20	32.315	.000	**FSat > FSt** PCt> FSt PCat> FSt PCt > FSat
	FSat	22.27	4.17			
	PCt	27.25	6.80			
	PCat	26.80	5.12			
AQ Agr Verbal	FS t	10.58	2.58	9.340	.000	**FSat > FSt** PCt> FSt PCat> FSt
	FSat	14.00	3.38			
	PCt	14.55	3.71			
	PCat	15.10	3.51			
AQ Hostilidade	FS t	20.16	5.33	9.333	.000	**FSat > FSt** PCat> FSt FSat > PCt
	FSat	27.81	2.86			
	PCt	21.05	4.08			
	PCat	25.40	4.90			
AQ Total	FS t	60.29	8.69	24.005	.000	**FSat > FSt** PCt> FSt PCat> FSt
	FSat	85.00	7.71			
	PCt	82.35	15.74			
	PCat	86.70	15.03			

Nota: EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EPASSA = Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA = Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; BFNE = Escala Medo de Avaliação Negativa (breve e especifico); FPE = Escala de Medo de Avaliação Positiva; AQ = Questionário de Agressividade; FSt= fobia social típica; FSat= fobia social atípica; PCt = perturbação do comportamento típica; PCat = perturbação do comportamento atípica

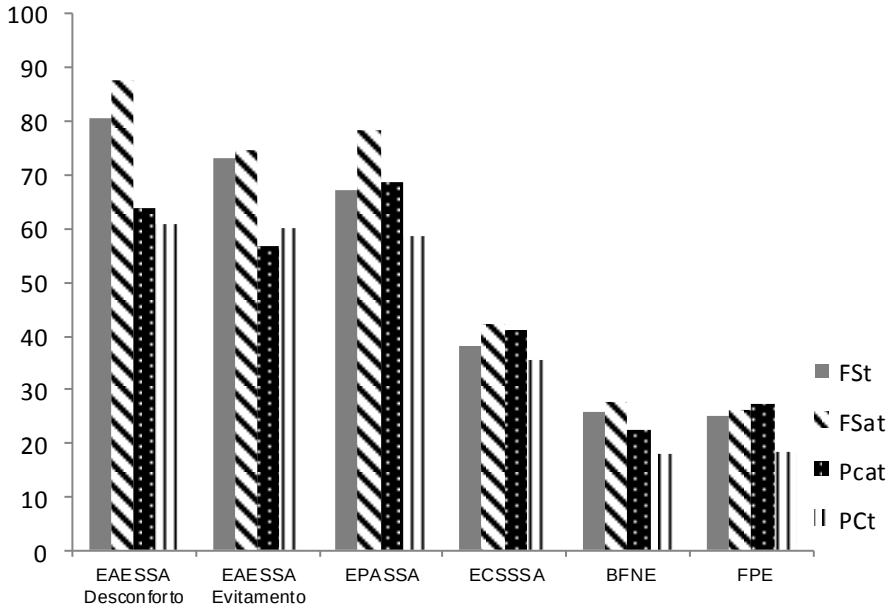

Figura 1. Diferenças entre os quatro grupos nas medidas de ansiedade social
EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EPASSA = Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA = Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; BFNE = Escala Medo de Avaliação Negativa (breve e especifico); FPE = Escala de Medo de Avaliação Positiva; FSt= fobia social típica; FSat= fobia social atípica; PCt = perturbação do comportamento típica; PCat = perturbação do comportamento atípica

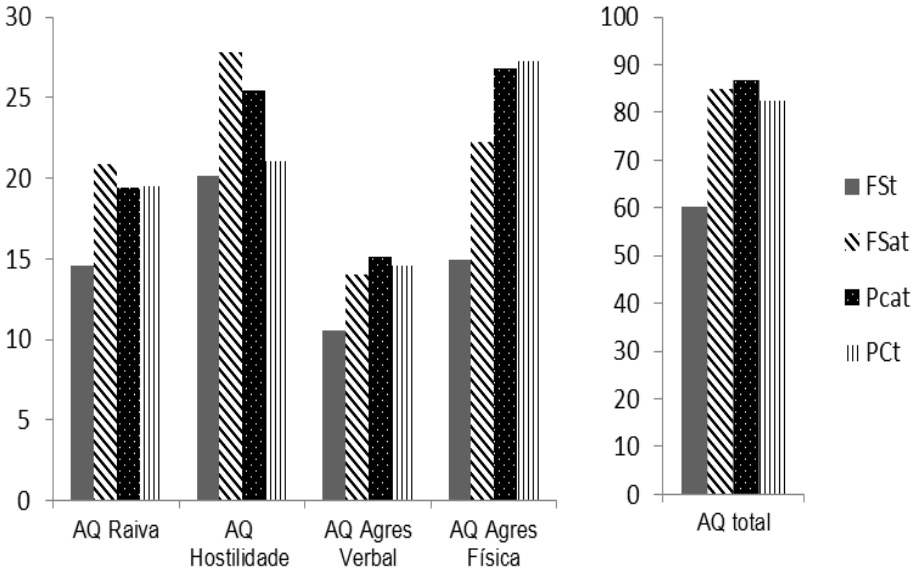

Figura 2. Diferenças entre os quatro grupos nas medidas de raiva e agressividade
AQ = Questionário de Agressividade; FSt= fobia social típica; FSat= fobia social atípica; PCt = perturbação do comportamento típica; PCat = perturbação do comportamento atípica

Quadro 8. *Médias (M) e desvios-padrão (DP) das variáveis em estudo nos grupos (FSt, FSat, PCt e PCat). Análises da variância (ANOVA's) para verificação de diferenças, Teste Post-hoc de Tukey para localização das diferenças.*

Medidas	Grupos	M	DP	F	p	Post-Hoc
FAQ auto-focus	FS t	13.61	.75	3.360	.024	FSat > PCt
	FS at	17.00	1.25			
	PCt	12.10	.93			
	PC at	13.20	1.31			
FAQ externo	FS t	11.94	.57	4.342	.007	FSat> PCt
	FSat	14.18	.95			
	PCt	10.85	.70			PCt< PCat
	PC at	14.40	1			

Nota: FAQ = Questionário de Focus de Atenção; FSt= fobia social típica; FSat= fobia social atípica; PCt = perturbação do comportamento típica; PCat = perturbação do comportamento atípica

Comparação dos quatro grupos (FSt, FSat, PCt e PCat)

Era esperado que os quatro grupos analisados não apresentassem diferenças significativas no que toca aos níveis de vergonha. Não existiram diferenças significativas entre os grupos comparados em nenhuma das variáveis, à exceção da escala de vergonha do ISS (ISS vergonha), em que o grupo FSat obteve pontuações significativamente superiores às do grupo PCt, tendo um tamanho de efeito de 5.43 (Quadro 9).

Quadro 9. *Médias (M) e desvios-padrão (DP) das variáveis em estudo nos grupos(FSt, FSat, PCt e PCat). Análises da variância (ANOVA's) para verificação de diferenças, Teste Post-hoc de Tukey para localização das diferenças.*

Medidas	Grupos	M	DP	F	p	Post-Hoc
OAS	FS t	24.26	2.43	2.818	.045	
	FS at	36.46	4.09			
	PCt	27.50	3.03			
	PC at	33.80	4.29			
OAS Inferioridade	FS t	9.61	1.02	2.609	.059	
	FSat	14.81	1.72			
	PCt	10.45	1.27			
	PC at	12.70	1.80			
OAS Reação aos Outros	FS t	8.93	.83	2.713	0.52	
	FSat	12.46	1.40			
	PCt	10.55	1.04			
	PC at	12.90	1.47			
OAS Vazio	FS t	4.41	.63	2.115	.106	
	FSat	7.36	1.07			
	PCt	4.80	.79			
	PC at	6.00	1.12			
ISS Vergonha	FS t	40.16	3.43	4.131	.009	FSat > PCt
	FSat	57.09	5.75			
	PCt	31.95	4.27			
	PCat	41.90	6.03			

Nota: OAS = total da Escala de Vergonha Externa; OAS Inferioridade = fator Inferioridade da Escala de Vergonha Externa; OAS Reação aos Outros = fator Reação dos Outros aos Meus Erros da Escala de Vergonha Externa; OAS Vazio = fator Vazio da Escala de Vergonha Externa; ISS_vergonha = Escala de Vergonha Interna, fator de vergonha; FSt= fobia social típica; FSat= fobia social atípica; PCt = perturbação do comportamento típica; PCat = perturbação do comportamento atípica

No que se refere à regulação emocional cognitiva (CERQ), esperava-se que o grupo com FSt apresentasse diferenças significativas comparativamente com os outros 3 grupos (FSat, PCt e PCat). O que as comparações inter-grupos revelaram (Quadro 10) foi que os quatro grupos não apresentam diferenças significativas no que respeita ao fator CERQ *autocrítica*. Quanto ao fator CERQ *culpar o outro*, o grupo PCat apresenta resultados significativamente superiores relativamente ao grupo PCt e ao grupo FSt. Os quatro grupos também não apresentam diferenças significativas nos Clusters de regulação emocional positiva e negativa (CERQ estratégias positivas e CERQ estratégias negativas). São somente reportados no quadro as diferenças significativas, que apresentam tamanhos do efeito elevados, com valores de 5.56 e 2.66.

Quadro 10. *Médias (M) e desvios-padrão (DP) das variáveis em estudo nos grupos(FSt, FSat, PCt e PCat). Análises da variância (ANOVA's) para verificação de diferenças, Teste Post-hoc de Tukey para localização das diferenças.*

Medidas	Grupos	M	DP	F	p	Post-Hoc
CERQ – Auto crítica	FS t	10.10	.57	.954	.419	
	FS at	10.90	.95			
	PCt	9.40	.71			
	PC at	11.20	1.00			
CERQ – Culpar os outros	FS t	6.52	.42	5.635	.002	FSt < PCat
	FSat	8.27	.71			PCt < PCat
	PCt	7.00	.53			
	PC at	9.80	.74			
CERQ – Estratégias positivas	FS t	50.03	13.13	2.090	.110	
	FSat	54.73	8.98			
	PCt	53.60	12.20			
	PC at	60.80	11.29			
CERQ – Estratégias negativas	FS t	35.74	9.83	2.132	.104	
	FSat	41.00	8.75			
	PCt	36.50	8.79			
	PC at	42.90	8.08			

Nota: CERQ – Auto crítica = fator auto-crítica do Questionário de Regulação Cognitiva da Emoção; CERQ – Culpar os outros = fator culpar os outros do Questionário de Regulação Cognitiva da Emoção; CERQ – Estratégias positivas = cluster de estratégias positivas do Questionário de Regulação Cognitiva da Emoção; CERQ – Estratégias negativas = cluster de estratégias negativas do Questionário de Regulação Cognitiva da Emoção; FSt= fobia social típica; FSat= fobia social atípica; PCt = perturbação do comportamento típica; PCat = perturbação do comportamento atípica

Em jeito de conclusão do estudo 3, importa salientar que os grupos atípicos (FSat e PCat) apenas apresentaram diferenças significativas no que se refere ao EAESSA desconforto, sendo que o grupo FSat apresenta mais desconfortoo que os com PCat. Não existem diferenças significativas em nenhuma das variáveis de raiva e agressividade e de medo de avaliação

negativa, outras medidas de ansiedade e evitamento social. Quanto comparados em termos de *focus* atencional também não revelaram diferenças significativas, não divergindo também no que se refere à vergonha e à regulação emocional cognitiva.

Os quatro grupos (FSt, FSat, PCt e PCat) não se diferenciaram significativamente na *auto-crítica* (CERQ), no cluster de estratégias positivas e ao cluster de estratégias negativas da CERQ. Apenas o grupo PCat apresentou valores significativamente superiores relativamente aos grupos FSt e PCt no fator *culpar os outros*. Estes grupos não se distinguiram em termos de vergonha externa, existindo apenas uma diferença entre o grupo FSat e o PCt, na vergonha interna, sendo o grupo com FSat que apresenta valores significativamente superiores.

Discussão

No ponto anterior foram apresentados e descritos os resultados dos estudos efetuados. Nesta secção os resultados são discutidos com base na literatura relevante.

O modelo cognitivo da ansiedade social relaciona o medo de avaliação negativa com as dificuldades de interação social e a resposta emocional de ansiedade, mas salvaguarda que nem todos os ansiosos sociais, mesmo os com elevada ansiedade, têm, necessariamente, elevados níveis de evitamento, como resposta comportamental (Clark & Beck, 2001; Clark & Wells, 1995). O que é facto é que existem indivíduos com elevado medo de avaliação negativa que apresentam outro leque comportamental, como agressividade, impulsividade (Kashdan et al., 2006; Kashdan et al., 2008; Kashdan & Hoffman, 2008; Kashdan & McKnight, 2010) e comportamentos de risco, tais como o consumo de substâncias e experiências sexuais de risco (Kashdan et al., 2006; Rapee & Spence, 2004).

Estes estudos pretenderam ser uma contribuição nesta área, utilizando uma amostra adolescente.

Estudo 1: Existência de um subgrupo de adolescentes com fobia social com elevada raiva e agressividade e reduzido evitamento

Neste estudo, era nossa pretensão encontrar um subgrupo de adolescentes com fobia social que apresentasse níveis elevados de raiva e agressividade e reduzido evitamento. Utilizar critérios de população normal para definir este grupo revelou-se uma impossibilidade, não existindo indivíduos que, simultaneamente, apresentassem, comparativamente a uma população normal, elevada raiva e agressividade e baixo evitamento. Optou-se por utilizar uma análise de Clusters, de forma a compreender, adentro do grupo com fobia social, quais os sujeitos que melhor se adequavam a estes pressupostos. Foi necessário, ainda, ignorar o pressuposto da existência de níveis reduzidos de evitamento para constituir este subgrupo, caso contrário seria impossível obter um número aceitável de sujeitos para proceder a uma investigação.

Este critério permitiria, no mínimo, explorar e estudar a heterogeneidade de adolescentes com fobia social, objetivo desta investigação e de relevância clínica. Foram assim encontrados 11

adolescentes, comprovando o hipotetizado de que alguns indivíduos com fobia social podem apresentar raiva e agressividade (Erwin et al, 2003; Hoffman et al., 2004; Kashdan et al., 2006; Kashdan & Hofmann, 2008; Kashdan et al., 2009; Leary et al., 2006).

No estudo correlacional, devido ao número reduzido da amostra, ao invés de considerarmos apenas as correlações significativas, e atendendo a que a magnitude da correlação traduz o tamanho do efeito, optámos por considerar todas as correlações que apresentassem magnitudes moderadas, ainda que não significativas.

Seria esperado que o medo de avaliação negativa e positiva e ansiedade social se associasse positivamente à raiva e à agressividade e negativamente ao evitamento social. Estas hipóteses não foram corroboradas, uma vez que não foram encontradas as relações acima descritas. Saliente-se o facto de, neste subgrupo, o evitamento social também não ter apresentado qualquer relação com o medo de avaliação negativa. Num estudo de Correia (2012), que analisou adolescentes da população normal com medo de avaliação negativa e com ou sem agressividade, também não foram encontradas associações entre agressividade e as medidas de ansiedade e evitamento social em grupos com elevado de avaliação negativa.

Verificaram-se associações negativas do desconforto e de evitamento sociais com a agressividade verbal, levando-nos a concluir que quanto maior a ansiedade e evitamento social, menos agressividade, ainda que verbal, existe, sendo este aspeto mais característico de um comportamento submisso, bastante típico da fobia social. Este dado parece estar de acordo com o defendido por Higgins, Idson, Freitas, Spiegel & Molden (2003) de que indivíduos com elevados níveis de ansiedade social são altamente vigilantes quanto aos seus recursos de autorregulação, prevenindo comportamentos indesejáveis, como é exemplo a agressividade, tendo uma maior tendência para apresentar comportamentos de inibição.

Obteve-se também uma associação negativa entre o medo de avaliação positiva e a agressividade física, sendo que quanto maior o medo de avaliação positiva menor a agressividade física. Hipotetizando-se que o medo de avaliação positiva pode preconizar o medo de avaliação negativa (Weeks, Heimberg & Rodebaugh, 2008), ambas medidas relacionadas com ansiedade social, parece que os indivíduos deste subgrupo se comportam como os sujeitos com fobia social típica. É próprio dos sujeitos com fobia social terem comportamentos de submissão e ser agressivo é colocar o individuo numa posição de dominância, subindo no *ranking* social (Tangney et al., 1996; Gilbert & Miles, 2001), uma vez que os sujeitos com fobia social acreditam não conseguir manter essa posição, acreditando também que os outros o esperam (Rapee & Heimberg, 1997). Antecipar que numa ocasião futura poderão não conseguir apresentar o mesmo tipo de comportamento de dominância – agressividade – desencadeará medo de avaliação negativa. Efetivamente, os resultados mostram que a associação entre o medo de avaliação negativa e a agressividade física tem uma magnitude menor do que a relação entre medo de avaliação positiva e agressividade física. Isto poderá indicar que o medo de avaliação positiva é

um constructo diferente do medo de avaliação negativa, cada um deles podendo ser ativado em diferentes *timings* da situação social e podendo diferentes variáveis estar a influenciar a relação supracitada.

Estudo 2: Existência de um subgrupo de adolescentes com perturbação do comportamento com elevado medo de avaliação negativa

Uma vez que nos propusemos a encontrar sujeitos com fobia social que apresentassem níveis elevados de raiva e agressividade, considerámos interessante pesquisar a existência de um subgrupo de adolescentes com perturbação do comportamento, que tipicamente apresentam estas características, que apresentassem também elevados níveis de medo de avaliação negativa elevados.

Quando se utilizaram critérios da população normal para averiguar a existência deste subgrupo isso resultou numa impossibilidade, não existindo adolescentes que apresentassem níveis mais elevados de medo de avaliação negativa do que adolescentes da população normal. Optou-se, também neste procedimento, por realizar uma análise de Clusters. Mais uma vez, este critério poderia permitir compreender e explorar a heterogeneidade dos adolescentes com perturbação do comportamento, com intuito de expandir a investigação efetuada e sendo um objetivo de relevância clínica.

De acordo com a hipótese colocada, seria expectável que o medo de avaliação negativa e positiva e ansiedade social se relacionasse positivamente com a raiva e agressividade, sendo que, mais uma vez, devido ao número reduzido da amostra, se consideraram as correlações moderadas ainda que não significativas.

Neste grupo de adolescentes com PCat, a raiva mostrou estar associada ao desconforto e evitamento sociais, a pensamentos automáticos negativos e a comportamentos de segurança. A hostilidade apresentou correlações moderadas com o medo de avaliação negativa, evitamento, pensamentos automáticos e comportamentos de segurança. Um estudo que analisou a relação da vergonha com a hostilidade concluiu que a vergonha prediz aumento de hostilidade e sugere, aliás, futura investigação para avaliar as consequências da vergonha noutros comportamentos sociais (Heaven, Ciarrochi & Leeson, 2009). Apesar do estudo destes autores não estabelecer uma relação entre medo de avaliação negativa e hostilidade, compreende a relação entre uma dimensão relacionada com a avaliação negativa do *self* e a agressividade, tal como nos propusemos a investigar. Também a agressividade física teve correlações moderadas com todas as medidas de ansiedade social, à exceção do medo de avaliação negativa, e a escala total de agressividade mostrou correlações moderadas com o evitamento social, pensamentos automáticos e comportamentos de segurança. Consideramos possível que comportamentos como não olhar para o outro, por exemplo, para estes sujeitos possam assemelhar-se a comportamentos passivo-agressivos e que os pensamentos automáticos avaliados pelo EPASSA, possam ser comparados a desconfiança, ou paranoia, característicos de indivíduos com perturbação do comportamento. Um estudo sobre paranoia e ansiedade social compreende que ambas se

podem desenvolver em simultâneo ou que a ansiedade social pode anteceder o aparecimento de paranoia e ajudar a manter crenças persecutórias, uma vez que os medos e preocupações quase não se distinguem (Michail & Birchwood, 2010), refletindo a antecipação da ameaça e perigo (Freeman, Garety & Kuipers, 2001).

Esperava-se também que estes indivíduos apresentassem um nível reduzido de evitamento social, contudo verifica-se que quanto mais medo de avaliação negativa existe, maiores são os níveis de evitamento social. Estes resultados parecem contraditórios com os níveis elevados de agressividade existentes, já que estes sujeitos evitam situações sociais estariam a diminuir as oportunidades de responderem de forma agressiva a terceiros.

De forma geral, parece que, apesar de, aparentemente, estes indivíduos evitarem as situações sociais, quando se envolvem numa, evidenciam mais raiva, mais hostilidade, mais agressividade física e mais agressividade, no geral. Uma possível interpretação destes resultados pode ser que adolescentes com elevado medo de avaliação negativa evitam situações sociais mas, naquelas que não evitam, poderão apresentar comportamentos agressivos, possivelmente para lidar com este medo de avaliação negativa e com a raiva experienciados.

Estudo 3: Comparações inter-grupos

Após a constituição dos subtipos de fobia social e de perturbação do comportamento, foi possível realizar comparações entre o grupo com FSt, FSat, PCt e PCat.

Comparando os grupos FSat, e PCat nas medidas de ansiedade social e de raiva e agressividade, foi possível perceber que os dois subgrupos atípicos não se distinguem em nenhuma medida de ansiedade social, à exceção do desconforto em situações sociais, sendo que os adolescentes com FSat são os que apresentam valores superiores de ansiedade, considerando-se neste aspeto semelhantes aos indivíduos com fobia social, como esta é tipicamente conceptualizada. Não diferem também em nenhuma medida de raiva e agressividade.

No que toca à comparação entre os grupos com FSt e FSat estes não apresentaram diferenças significativas em nenhuma medida de ansiedade social, não apresentando, inclusivamente, diferenças no que toca aos níveis de evitamento social, como seria esperado segundo a hipótese formulada. Quanto à raiva e agressividade, distinguem-se em todas as dimensões sendo que o grupo FSat apresenta pontuações superiores, como se tinha previsto e como seria de esperar, por ter sido um critério para seleção deste subgrupo. Estes resultados confirmam os de estudos recentes que apontam para a existência de sujeitos com fobia social que se envolvem em comportamentos agressivos (Kashdan et al., 2006; Kashdan et al., 2009), cerne do presente estudo. Apesar de não se distinguirem entre si, o grupo com FSat apresenta valores de ansiedade social superiores aos do grupo com FSt. Estes resultados sugerem-nos que os sujeitos com FSat possam recear, pela raiva experienciada, descontrolar-se em situações socias e serem agressivos para com terceiros, sendo alvo de avaliação negativa por parte destes, o que aumentaria a ansiedade social sentida.

Os grupos com PCt e PCat não apresentaram diferenças significativas nas dimensões de raiva e agressividade, como era expectável, mas também não apresentaram diferenças em qualquer das dimensões de ansiedade social, à exceção do medo de avaliação positiva em que o grupo PCat revela ter resultados superiores. Estes resultados fazem crer que os sujeitos com perturbação do comportamento, independentemente de se situarem acima ou abaixo do critério estabelecido com base no medo de avaliação negativa, revelam níveis semelhantes de ansiedade social. Pomos a hipótese de este resultado se dever ao facto de os sintomas de perturbação do comportamento poderem ter por base um núcleo de vergonha. Efetivamente, comparações feitas numa hipótese subsequente a esta revelaram que os sujeitos com perturbação do comportamento e fobia social pertencentes aos quatro grupos comparados, não se distinguiram, em geral, no que se refere a vergonha externa. Também os modelos evolucionários postulam que um individuo pode ter vergonha e sentir raiva em relação à pessoa que o avalia e critica, reagindo de forma violenta (Tangney et al., 1996; Gilbert & Miles, 2001).

Com informação complementar, de referir que o grupo com FSt se distinguiu de todos os outros grupos com pontuações inferiores nas medidas de agressividade e raiva, à exceção da hostilidade, dimensão na qual, aliás, não se distingue do grupo com PCt. A dimensão hostilidade parece estar relacionada com aspetos de desconfiança nos outros (e.g. item 20. “Sei que “amigos” falam nas minhas costas.”; item 26. “Por vezes sinto que as pessoas se riem nas minhas costas.”), que poderá incluir-se nos constructos de base de ambas as perturbações.

No que se refere ao *focus* atencional, colocámos como hipótese que os dois grupos atípicos se diferenciariam de forma significativa, mas esta hipótese não foi confirmada. Esperava-se que os sujeitos com FSat apresentassem um auto-*focus* mais elevado e que os sujeitos com PCat apresentassem um *focus* externo mais elevado. Foi possível perceber, comparando os 4 grupos, que o grupo com FSat é, precisamente, o que apresenta valores mais elevados de auto-*focus* e o PCat o que tem valores mais altos de *focus* atencional externo. Os adolescentes com FSat não se distinguiram dos com FSt no que toca ao *focus* atencional. Sendo que os sujeitos com perturbação do comportamento geralmente percebem de forma errónea as intenções dos outros, interpretando-as como mais hostis e ameaçadoras do que realmente são (APA, 2002), seria de esperar que, em situações sociais se focassem mais nos comportamentos dos outros. Na realidade foi também o grupo com FSat que apresentou valores mais elevados de *focus* externo, o que nos pode levar a pensar que, numa situação social, percebem os outros como hostis e ameaçadores e que voltam a focar-se em questões do *self*, de modo a monitorizar os comportamentos que podem ser alvo de escrutínio dos outros.

Uma vez que os grupos com FSat e PCat não se distinguiram no que toca a estes aspetos, podemos julgar que os elevados níveis de agressividade influenciam os processos atencionais destes sujeitos, apesar de não o podermos comprovar.

Foram ainda efetuadas comparações no que concerne à vergonha, sendo que os quatro grupos não apresentaram, em geral, diferenças

significativas no que toca a vergonha externa e vergonha interna, sendo que apenas o grupo com FSat apresentou diferenças significativas em relação ao PCt na medida de vergonha interna, tendo valores mais elevados. Pode sugerir-se que não são os níveis de vergonha que conduzem, necessariamente a determinado tipo de problemas, mas sim a forma como os sujeitos lidam com ela (Nathanson, 1994). Vários autores postulam que associadas à perceção de que se é criticado e rejeitado pelos outros, as experiências de vergonha podem levar a ansiedade social, raiva e tristeza (Gilbert, 1998; Tangney et al., 1996).

Seria esperado, conforme a hipótese colocada, que, quanto à regulação emocional cognitiva, o grupo com FSt apresentasse diferenças significativas comparativamente com os outros grupos. Esperava-se que o grupo com FSt apresentasse valores mais elevados no fator *auto-crítica*, mas os quatro grupos não apresentaram diferenças significativas nesta variável. No que concerne ao fator *culpar os outros*, o grupo PCat não se distinguiu do com FSat ao contrário do hipotetizado, mas apresentou valores significativamente superiores aos dos grupos FSt e PCt. Poderá compreender-se a semelhança dos dois grupos atípicos se considerarmos que os adolescentes com FSat, tal como os indivíduos com perturbação do comportamento, percebem os outros como hostis e culpados pelos acontecimentos negativos. A diferença com o grupo com FSt poderá ser explicada já que os ansiosos sociais se veem como incompetentes e defeituosos e não estando à altura das expetativas (Clark & Wells, 1995), enquanto que as interações dos indivíduos com perturbação do comportamento são pautadas pela culpabilização de terceiros, pelo que se comportam de modo hostil (APA, 2002).

Os quatro grupos não se distinguem no que toca à utilização de estratégias negativas e positivas.

Uma vez que o grupo com FSat mostrou mais raiva e agressividade que o grupo com FSt, revela-se preponderante perceber a heterogeneidade presente nas perturbações psicológicas em estudo, uma vez que o facto de adolescentes com fobia social mostrarem ter raiva e agressividade elevadas pode levá-los a comportar-se de forma diferente perante a intervenção terapêutica, influenciando a resposta à própria terapia. Tal como indivíduos com perturbação do comportamento requerem estratégias terapêuticas diferenciadas quando têm, simultaneamente, elevados níveis de medo de avaliação negativa.

Uma das limitações a referir neste estudo é o facto dos grupos em análise (fobia social e perturbação do comportamento) diferirem nas variáveis em que são comparadas. No que se refere à variável género os grupos distinguem-se, uma vez que a prevalência da perturbação do comportamento é superior nos sujeitos do sexo masculino e pelo facto da recolha da amostra ter sido realizada num centro educativo apenas masculino. Quanto às variáveis idade e anos de escolaridade, variáveis em que os grupos também diferiram, para que um adolescente com perturbação do comportamento se igualasse a um com fobia social em termos de idade, iria consequentemente ter menos anos de escolaridade ou para se igualar nos anos de escolaridade seria mais velho, sendo difícil controlar estes aspetos.

Contudo, tentar controlar estas variáveis é tentar criar grupos artificiais, já que devido ao diagnóstico de perturbação do comportamento e ao percurso típico destes sujeitos, têm um número maior de reprovações e são, na maioria, mais velhos.

Uma outra questão importante a referir, é o facto de que, se nos mantivéssemos fieis a todos os pressupostos para explorar a existência dos subgrupos atípicos, não teria sido possível constituir estes grupos e prosseguir com o estudo, tendo sido necessário abdicar do critério de reduzido evitamento. Este facto pode querer dizer que estes subgrupos serão constituídos com uma minoria de sujeitos dos respetivos diagnósticos.

A recolha da amostra com fobia social, apesar de efetuada num elevado número de estabelecimentos de ensino, concentrou-se na zona centro do país, podendo este aspeto limitar a generalização dos resultados obtidos.

É relevante salientar que os diagnósticos foram efetuados recorrendo a entrevistas clinicas diferentes. Por outro lado, o facto da avaliação destes indivíduos não se basear exclusivamente em questionários de autorresposta, enriquece a compreensão que podemos ter das patologias em estudo.

Este estudo apresentou duas mais-valias importantes: fazer uso de uma população clínica, o que possibilita uma melhor compreensão dos aspetos de ansiedade social e raiva e agressividade; e ser realizada na população adolescente, escassa em estudos nesta área.

Seria interessante proceder, futuramente, a mais estudos comparando os adolescentes com perturbação do comportamento e adolescentes com fobia social no que se refere a medo de avaliação negativa, já que os dados sugerem que, mesmo os sujeitos com comportamentos antissociais revelam temer a avaliação negativa de terceiros.

Referências bibliográficas

Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Albano, A. M., & Detweiler, M. (2001). The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 162-178). Boston, MA: Allyn and Bacon.

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) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington DC: Author.

Archer, J., & Coyne, S. M. (2005). An integrated review of indirect,relational, and social aggression. *Personality and Social Psychology Review*, 9 (3), 212-230. doi:

10.1207/s15327957pspr0903_2

Beck, A. T., Emery G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective.* New York: Basic Books.

Bento, S.C. (2010). Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA) – caraterísticas psicométricas. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Breen, W. E., & Kashdan, T.B. (2011). Anger suppression after imagined rejection among individuals with social anxiety**.** *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 879-887. http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.04.009

Buss, A., & Perry, M. (1992). The agression questionaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63* (3), 452-459.

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.* Manuscrito em preparação. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2001). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice.* New York: The Guilford Press.

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment (pp. 69–93). New York: Guilford Press.

Cook, D. R. (1994). *Internalized shame scale. Technical manual.* North Tonawanda, New York: Multi-Health Systems, Inc.

Correia, L. (2012). *Medo de avaliação negativa e comportamentos agressivos – O ansioso agressivo: Contributo para a validação da escala de Medo de Avaliação Negativa – versão reduzida e específica.* Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Crapanzano, A. M., Frick, P. J., & Terranova, A. M. (2010). Patterns of Physical and Relational Aggression in a School-Based Sample of Boys and Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology,* 38(4), 433-445. doi: 10.1007/s10802-009-9376-3

Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115,* 74–101.

Cunha, M. (2005). *Ansiedade social na adolescência: avaliação e trajectórias de desenvolvimento.* Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.

Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., Alegre, S., & Salvador, M.C. (2004). Avaliação da ansiedade na adolescência. A versão portuguesa da SAS-A. *Psychologica*, 35, 249-263.

Cunha, M., Pinto-Gouveia, J. P., Salvador, M.C., & Alegre, S. (2004). Medos sociais na adolescência: A Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA). *Psychologica*, 36, 195-217.

Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Soares, I. (2007). Natureza, frequência e consequências dos medos sociais na adolescência: Dados na população portuguesa. *Psychologica, 44*, 207-236.

Dodge, K. A. (1991) The Structure and Function of Reactive and Proactive Aggression. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression.* New Jersey: Lawrwnce Erlbaum Associates.

Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictions of attrition and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, *34*, 331–350.

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.

Fonseca, A. C. & Monteiro, C.M. (1999). Um inventário de problemas de comportamento para crianças e adolescentes: o *Youth Self-Report de Achenbach*. *Psychologica*, 21, 79-96.

Fontinho, A. & Salvador, M.C. (manuscrito não publicado). Questionário do *Focus* de Atenção (FAQ): estudo da dimensionalidade e das características psicométricas do FAQ para adolescentes da população portuguesa.

Freeman D, Garety PA, Bebbington PE, et al. Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *Br J Psychiatry*.2005;186:427–435.

Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.

Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences, 30,* 1311-1327.

Ghaedi, G. H., Tavoli, A., Bakhtiari, M., Melyani, M., & Sahragard, M. (2009). Quality of life in college students with and without social phobia. *Social Indicators Research*, *97*(2), 247-256. doi: 10.1007/s11205-009-9500-3

Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P.

Gilbert, & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 5–38). Oxford University Press. .

Gilbert, P., & Miles, J. N. V. (2000). Sensitivity to social put-down: Its relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger, and self–other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757–774.

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.

Heckelman, L. R., & Schneier, F. R. (1995). Diagnostic issues. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 3-20), New York: Guilford Press.

Heaven, P. C., Ciarrochi, J., & Leeson, P. (2009). The longitudinal links between shame and increasing hostility during adolescence. *Personality and Individual Differences*, *47*(8), 841-844.

Higgins ET, Idson LC, Freitas AL, Spiegel S, Molden DC (2003). Transfer of value from fit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84:1140–1153.

Hodson, K. J., McManus, F., Clark, D. M., & Doll, H. (2008). Can Clark and Well´s (1995) cognitive model of social phobia be apllied to young people? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 449-461.

Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 454-476). New York: Guilford Press.

Hofmann, S. G., Heinrichs, N., & Moscovitch, D. A. (2004). The nature and expression of social phobia: toward a new classification. *Clinical Psychology Review*, 24, 769–797.

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.

Kashdan, T. B., Collins R.L., & Elhai J.D. (2006). Social anxiety, positive outcome expectancies, and risk-taking behavioral intentions. *Cognitive Therapy and Research*, 30:749–761.

Kashdan, T.B., Elhai, J.D. and Breen, W.E. (2008) Social anxiety and disinhibition: An analysis of curiousity and social rank appraisals, approach-avoidance conflicts, and disruptive risk-taking behavior. Journal of Anxiety Disorders, 22, 925-939. doi:10.1016/j.janxdis.2007.09.009

Kashdan, T. B., & Hofmann, S. G. (2008). The high-novelty-seeking, impulsive subtype of generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25 (6), 535-541. doi: 10.1002/da.20382

Kashdan, T. B., & McKnight, P. E. (2010). The Darker Side of Social Anxiety: When Aggressive Impulsivity Prevails Over Shy

Inhibition. *Current Directions in Psychological Science, 19 (1) 47-50*. doi: 10.1177/0963721409359280

Kashdan, T. B., McKnight, P. E., Richey, J. A., & Hofmann, S. G. (2009). When social anxiety disorder co-exists with risk-prone, approach behavior: investigating a neglected, meaningful subset of people in the National Comorbidity Survey- Replication. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 559–568.

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, 593-602.

Kessler, R. C., Chui, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IVdisorders in a national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627

La Greca, A. (1998). *Manual and instructions for the Social Anxiety Scales for Children and for Adolescents*. University of Miami, Coral Glabbes, Florida.

La Greca, A. & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.

Leary, M. R. (1983). A Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 9, No 3, 371-375.

Leary MR, Twenge JM, Quinlivan E. (2006). Interpersonal rejection as a determinant of anger and aggression. *Personal. Soc. Psychol. Rev.* 10:111–32.

Leon, A. C., Shear, M. K., Portera, L., & Klearman, G. L.(1992). Assessing impairment in patients with panic disorder: The Sheehan Disability Scale. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 27, 78-82.

Maroco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*, 5ª Ed., Report Number, Pêro Pinheiro.

Marsee, M., Barry, C., Childs, K., Frick, P., Kimonis, E., Muñuz, L., et al. (2011). Assessing the Forms and Functions of Agression Using Self-Report: Factor Structure and Invariance of the Peer Conflict Scale in Youths. *Psychological Assessment*, 23 (3), 792-804. Doi: 10.1037/a0023369

Matos, A.P., Cherpe, S., & Serra, A. R. (2012). *Estudo psicométrico do questionário de regulação cognitiva da emoção (CERQ), em adolescentes Portugueses.* Manuscrito não publicado.

Michail, M., & Birchwood, M. Social Anxiety in Psychosis: Towards a New Understanding of Affective Dysfunction. *Mind & Brain, the Journal of Psychiatry*, 2010.

Novaco, R. W. (1976). The functions and regulation of the arousal of anger. American *Journal of Psychiatry*, 133, 1124–1128.

Office of the Surgeon General. (2001). *Youth violence: A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services.* Retrieved August, 2003 from http://www.mentalhealth.org/youthviolence/default.asp.

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psic., Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.

Pitarch, M. J. G. (2010). Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale – Straightforward Items (BFNE-S): Psychometric Properties in a Spanish Population. *Spanish Journal of Psychology,* 13 (2), 981-989.

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756.

Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical psychology review, 24*(7), 737-767. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00022-3

Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., Thissen, D. M., Heimberg, R. G., Chambless, D. L., & Rapee, R. M. (2004). More information from fewer questions: The factor structure and item properties of the original and Brief Fear of Negative Evaluation Scale. *Psychological Assessment, 16*, 169-181. doi: 10.1037/1040-3590.16.2.169

Salvador, M.C. (2009). *Ser eu próprio entre os outros: um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada.* Tese de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Salvador, M.C., Cunha, M., Pinto Gouveia, J., & Silva (artigo não publicado). *A Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA): Características psicométricas.*

Salvador, M.C., Pinto Gouveia, J., & Bento, C. (artigo não publicado). *A Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes (EPASSA): Características psicométricas.*

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). *J Clin Psychiatry*,71(3)**:** 313-326.

Silva, S. (2010). Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes: características psicométricas, Jornadas de Iniciação à Investigação em Psicologia, Coimbra.

Silverman, W.K., & Albano, A.M. (1996). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child version., *Child Interview Schedule*. USA: Graywind Publications Incorporated.

Silverman, W.K., Saavedra, L.M., & Pina, A.A. (2001). Teste-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.

Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia, XXVII* (3), 387-404.

Soares, I. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida.* Coimbra: Quarteto.

Tangney, J. P., Hill-Barlow, D., Wagner, P. E., Marschall, D. E., Borenstein, J. K., Sanftner, J., Mor, T., & Gramzow, R. (1996). Assessing individual diferences in constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 780-796.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *29*(1), 89-106.

Vagos, P., Salvador, M. C.,Rijo, D., Santos, I. M., Weeks J. W. & Heimberg, R.G. (2013). *Measuring evaluation fears in adolescence: Psychometric validation of the Portuguese versions of the Fear of Positive Evaluation Scale and the Specific Fear of Negative Evaluation Scale*. Manuscrito não publicado.

Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1997). Social phobia and positive social events: The price of success. *Journal of Abnormal Psychology, 106,* 416–424. doi:10.1037/0021-843X.106

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social– evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33,* 448–457. doi:10.1037/h0027806

Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. Psychological Assessment, 17, 179-190.

Weeks, J. W., Heimberg, R. G., & Rodebaugh, T. L. (2008). The Fear of

Positive Evaluation Scale: Assessing a proposed cognitive component of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 44-55. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.08.002

Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Rodebaugh, T. L., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2012). Psychometric evaluation of the Fear of Positive Evaluation Scale in Patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, *24*, 301-312. doi: 10.1037/a0025723

Weeks, J. W., Heimberg, R., Rodebaugh, T. L., & Norton, P. J. (2008). Exploring the relationship between fear of positive evaluation and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 386-400.

Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, *15*(1), 46-58. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10713802

Wood, J.J., Piacentini, J.C., Bergman, R.L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 335-342.

Woody, S.R. (1996). Effects of Focus of Attention on Anxiety Levels and Social Performance of Individuals with Social Phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 61-69. Doi: 0021-843X/96

Woody, S.R., Chambless, D.L., & Glass, C.R. (1997). Self-focused attention in the treatment of Social Phobia. Behavioral Res. Theraphy, 35 (2), 117-129. doi: S0005-7967(96)00084-8