



UC/EPCE — 2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**À Luz das Terapias de Terceira Geração:
Estudo de validação do Questionário de Aceitação e
Ação na Fobia Social (SA-AAQ) na População
Adolescente**

Patrícia Teixeira Cantarinhas (e-mail: pat.teixeira@hotmail.com)

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

À luz das Terapias de Terceira Geração: Estudo de validação do Questionário de Aceitação e Ação na Fobia Social (SA-AAQ) na População Adolescente

Resumo

Nos últimos anos, tem-se assistido a um crescente interesse na investigação sobre as Terapias de Terceira Geração, nas quais se inclui a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Têm surgido estudos que revelam uma forte relação entre a aceitação e as perturbações de ansiedade, entre os quais na Fobia Social (Brady & Whitman, 2012; Dalrymple & Herbert, 2007; Morris & Greco, 2002; Ossman, Wilson, Storaasli, & McNeill, 2006).

Uma vez que não dispúnhamos de um instrumento adaptado e validado para a população adolescente portuguesa, que permitisse avaliar a aceitação e a ação com compromisso numa situação social, a presente dissertação contempla o estudo da dimensionalidade e das características psicométricas do Questionário de Aceitação e Ação na Fobia Social (SA-AAQ) numa amostra de adolescentes (MacKenzie & Kocovski, 2010).

As características psicométricas desta escala foram estudadas numa amostra da população geral, constituída por 599 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos. O SA-AAQ revelou possuir uma estrutura com dois fatores: a Aceitação e a Ação com compromisso, que explica 52% da variância. Este questionário demonstrou ser um instrumento fidedigno ao apresentar uma boa consistência interna no total da escala ($\alpha=.90$), nos fatores Aceitação ($\alpha=.92$) e Ação ($\alpha=.76$). Revelou ainda um bom comportamento em termos de correlação item-total e correlação teste-reteste para cada item, assim como uma boa estabilidade temporal. Foi realizado o estudo da validade discriminante com duas amostras clínicas: a primeira de adolescentes com fobia social generalizada (N=36), e a segunda de adolescentes com outras perturbações de ansiedade (N=25) com uma amostra da população geral (N=36). O referido estudo revelou uma boa capacidade discriminativa, uma vez que o SA-AAQ foi eficaz na distinção de adolescentes com Fobia Social Generalizada de adolescentes com Outras Perturbações de Ansiedade e de adolescentes da população Geral.

No estudo sobre os dados normativos, verificou-se um efeito significativo da variável género, sendo que os rapazes apresentam níveis mais elevados de aceitação do que as raparigas, embora esta diferença tivesse apresentado um tamanho do efeito reduzido.

Palavras chave: Aceitação, Fobia Social, Adolescentes.

**Seen through the third wave of Cognitive Behavior Therapies: Validation study
of the Social Anxiety-Acceptance and Action Questionnaire (SA-AAQ) in
Adolescent Population**

Abstract

In the last few years, there has been a growing interest in research about the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies, which includes the Acceptance and Commitment Therapy (ACT: Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). There have been studies that show a strong relationship between acceptance and anxiety disorders, among which is Social Phobia (Brady & Whitman, 2012; Dalrymple & Herbert, 2007; Morris & Greco, 2002; Ossman, Wilson, Storaasli, & McNeill, 2006).

Since there was no instrument adapted and validated for Portuguese adolescents, that assessed the acceptance and commitment to action in a social situation, this dissertation consisted, in the study of the dimensionality and psychometric properties of the Social Anxiety-Acceptance and Action Questionnaire (SA-AAQ) for adolescents (MacKenzie & Kocovski, 2010).

The psychometric properties of SA-AAQ have been examined in a sample of the general population, consisting of 599 adolescents aged 14 to 18 years. The SA-AAQ was found to have a structure with two factors, the Acceptance and Action with Commitment, which explained 52% of the variance. This questionnaire proved to be a reliable instrument with a good internal consistency of the scale's total score ($\alpha=.90$), and its factors Acceptance ($\alpha=.92$) and Action ($\alpha=.76$). It showed a good performance in terms of item-total correlation and test-retest correlation for each item, as well as good temporal stability. The discriminant validity study with two clinical samples was conducted, one for adolescents with generalized social phobia (N=36), and a second with adolescents with other anxiety disorders (N=25) with a general population sample (N=36). This study showed a good discriminative capacity as the SA-AAQ could distinguish adolescents with Generalized Social Phobia, from adolescents with other Anxiety Disorders and adolescents in general population.

In the study of normative data, a difference between gender was found in this scale, with males showing higher levels of acceptance than girls, although with a low effect size.

Key Words: Acceptance, Social Phobia, Adolescents.

Dedicado (Porque o Amor não se agradece)
à minha Avó Tininha, que ajudou a construir a parte lutadora
que há em mim:

Pelo amor incondicional e compaixão

Não posso deixar de te dedicar, também a ti meu Pai, esta Tese e todo
este meu percurso que começámos juntos...

Agradecimentos

A realização desta Dissertação de Mestrado seria impossível de se concretizar sem o contributo de várias pessoas. Assim, gostaria de expressar o meu mais profundo agradecimento:

Ao Professor Doutor Pinto Gouveia que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional com os seus ensinamentos e sapiência.

À Professora Doutora Maria do Céu Salvador, pela superior orientação, pela sua paciência, compreensão e inspiração.

A todos os adolescentes que participaram e que tornaram este projeto possível, pois sem eles nenhuma destas páginas estariam escritas.

Às minhas colegas desta jornada, Raquel, Soraia e Andreia, pela entajuda eficaz. Em especial, à Maria João e à Sandra, pela total disponibilidade, pela ajuda em todas as fases deste projeto e principalmente pelo indispensável auxílio nos procedimentos estatísticos desta Dissertação.

À Dra. Ilda Massano Cardoso, pela sua gentil disponibilidade e ajuda.

Aos Psicólogos que sinalizaram os adolescentes que participaram no estudo, o Dr. Francisco (C.S. de Condeixa), a Dra. Marina (C.S. Santa Comba Dão), a Dra. Laura (Hospital de Aveiro), o Dr. Nuno (Hospital de Aveiro), a Dra. Gabriela (Esc. Sec. Santa Comba Dão), pelo seu fundamental contributo. Um especial agradecimento à Enfermeira Diana Faneca, pela disponibilidade, ajuda e interesse por esta investigação.

Aos diretores das Escolas que deixaram realizar este projeto, a Dra. Madalena e o Dr. Venâncio e a todos os professores destas escolas que dispensaram tempo e espaço das suas aulas, para a recolha da amostra para este estudo.

Aos amigos Guida, Ana Luísa, Trindade, Vânia e Fátima pela presença no momento certo e ajuda quando mais precisei de ânimo.

Às minha companheiras de luta, Fátima, Vânia, Susana B. e Susana R, que sempre me apoiaram, incentivaram e me ajudaram nas traduções.

À Doutora Helena Espírito Santo por me “desbloquear” no momento que mais precisei, pela ajuda preciosa e pela ligação especial que parece combustível e me ajuda a seguir em frente.

À minha família pelo constante apoio, em especial ao meu marido por me “aturar” e à minha filha que é e sempre será o meu projeto de vida!

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

Índice

1. Introdução-----	1
2. Metodologia -----	10
2.1. Participantes -----	10
2.1.1. Amostra da População Geral-----	10
2.1.2. Amostra da População Clínica-----	11
2.2. Instrumentos-----	13
2.3. Procedimentos -----	16
3. Resultados -----	16
3.1. Estrutura Fatorial -----	16
3.2. Estudo dos itens-----	18
3.3. Fidelidade-----	20
3.3.1. Consistência interna -----	20
3.3.2. Estabilidade temporal -----	20
3.4. Validade-----	21
3.4.1. Validade convergente -----	21
3.4.2. Validade divergente-----	21
3.4.3. Validade discriminante-----	22
3.5. Dados Normativos -----	23
4. Discussão-----	24
5. Conclusões-----	31
6. Bibliografia-----	32

Lista de Figuras

Figura 1: Modelo Triflex da ACT (Russ & Hayes, 2009).....5

Figura 2: Modelo para a Fobia Social de Herbert & Cardaciotto (2005).....7

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características da amostra da população geral: género, idade, ano de escolaridade e estatuto socioeconómico. Teste t-Student e qui-quadrado (χ^2) para verificação das diferenças. 11

Tabela 2. Distribuição dos grupos por género, idade, escolaridade e estatuto socioeconómico. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação das diferenças entre género e estatuto. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das idades e escolaridade. ANOVA para verificação das diferenças. 12

Tabela 3. Solução fatorial com dois fatores..... 18

Tabela 4. Médias (M), Desvio-Padrão (DP), Correlações item-total (r), alpha de Cronbach se o item for removido (α) e Correlação teste-reteste (t-rt) de cada um dos itens do SA-AAQ..... 19

Tabela 5. Correlações entre o total e os fatores do SA-AAQ e as medidas de ansiedade social.....21

Tabela 6. Correlações entre o total e os fatores do SA-AAQ com a MASC e CDI ...22

Tabela 7. Comparação dos resultados obtidos no SA-AAQ e seus fatores pela amostra geral, amostra clínica de adolescentes com Fobia Social Generalizada e Outras Perturbações de Ansiedade. Análise da Variância (ANOVA) para verificação das diferenças. Teste de Tukey para localização das diferenças.23

Tabela 8. Médias e Desvios-Padrão da Pontuação Total do SA-AAQ e dos Fatores que o Compõem, Consoante o Género.....24

1. Introdução

Etimologicamente, a palavra **ansiedade** surge do latim *Ansietas*, que significa angústia, do verbo *Anguere*, apertar, causar tensão, (Machado, 1990) descrevendo uma característica biológica inata do ser humano. Níveis moderados de ansiedade manifestam-se em todos os seres humanos e são encarados como características fundamentais no normal processo de desenvolvimento, na medida em que fornecem aos indivíduos estratégias de defesa para se adaptarem a situações novas ou perigosas (Fonseca, 1998). O facto de a ansiedade funcionar como um sistema de informação sobre o significado de determinada situação e de preparação para reagir à mesma confere-lhe um papel adaptativo (Cunha, 1996; Cunha, 2005; Salvador, 1997; Salvador, 2009).

Segundo os modelos evolucionários, também a ansiedade social representa uma importante resposta normativa, contribuindo para a avaliação da ameaça ou da dominância que os outros representam e permitindo uma vida sem lutas pelo equilíbrio entre agressão e inibição e que deve ter contribuído de forma significativa para a adaptação a um meio hostil (Gilbert, 2000, 2001). Ainda pela mesma perspetiva, a aceitação social é uma necessidade básica do indivíduo, pois a sua sobrevivência está dependente da pertença a um grupo social (Gilbert & Procter, 2006). É frequente sentirmos ansiedade social em variadas situações, (e.g., na apresentação de um trabalho oral), apesar de esta não constituir, necessariamente, um obstáculo à realização da tarefa. Qualquer pessoa experiente, ocasionalmente, graus ligeiros de ansiedade em situações sociais específicas, ou seja, a questão não se prende com o facto de sentir ou não a ansiedade social, mas sim, com o grau que se experencia, a duração do episódio, a sua frequência, o grau do evitamento das situações receadas e a forma como a ansiedade social é avaliada pelos indivíduos (Salvador, 2009). A ansiedade social surge, assim, como uma resposta normal em determinados contextos, podendo assumir uma função reguladora ao nível do desempenho dos indivíduos, mas podendo, igualmente, refletir o seu desajustamento e criar-lhe problemas. A **fobia social** surge quando o nível de ansiedade se torna manifestamente elevado, ao ponto de impedir o sujeito de realizar a tarefa pretendida e podendo mesmo levá-lo ao evitamento de uma ou mais tarefas sociais (APA, 2002).

A fobia social passou a fazer parte da nomenclatura psiquiátrica em 1980 no DSM-III (APA, 1980) e, atualmente, é definida, de acordo com o DSM-IV-R (APA, 2002), como um medo excessivo e persistente de uma ou mais situações sociais e de desempenho, nas quais o indivíduo receia falhar, sentir-se embaraçado, ser alvo de escrutínio pelos outros e ser avaliado negativamente. Perante a exposição a este tipo de situações sociais ou de desempenho, o indivíduo é confrontado com um aumento da ansiedade e tem consciência de que o medo é irracional e excessivo. Como consequência, estas situações sociais começam a ser evitadas ou enfrentadas e são sentidas com um elevado mal-estar ou, ainda, antecipadas com ansiedade, interferindo no dia-a-dia do indivíduo e nas diferentes áreas da sua vida (APA, 2002). O medo sentido em situações sociais pode restringir-se a um número de situações de interação social bem delimitadas ou de desempenho público, mas não a sua

maioria, sendo, neste caso, classificado de fobia social não generalizada, circunscrita ou específica (APA, 2002), sendo esta última menos frequente na população clínica (Pinto-Gouveia, 2000) e menos danosa que a generalizada, no que diz respeito à disfuncionalidade causada nos domínios sociais, académico/emprego e familiares da vida do sujeito (Aderka, Hofmann, Nickerson, Hermesh, Gilboa-Schechtman, & Marom, 2012). Uma das propostas para o DSM-5 (Bögels, Alden, Beidel, Clark, Pine, Stein & Voncken, 2010) consiste em que esta perturbação possua um novo subtipo: a de desempenho, quando o medo é exclusivo a falar ou a desempenhar qualquer outra tarefa em público.

Relativamente à **prevalência** desta perturbação nas sociedades ocidentais, esta é a terceira perturbação mais comum, depois da depressão *major* e do alcoolismo, sendo a perturbação ansiosa mais frequente, verificando-se entre 7 a 13% da população ao longo do seu ciclo de vida (Furmark, 2002; Moitra, Herbert & Forman, 2008). Beesdo-Baum & Knappe (2012) concluíram, na sua análise de estudos **epidemiológicos**, que as mulheres são mais suscetíveis de sofrerem de ansiedade social do que os homens. No entanto, são os homens que mais procuram tratamento para esta perturbação. No que concerne às **comorbilidades** da fobia social, estima-se que é a depressão a que tem índices mais elevados, com 15 a 37% de incidências (Beidel, Turner & Morris, 1999; Moitra, Herbert & Forman, 2008; Beesdo-Baum & Knappe, 2012). Estes últimos dados são corroborados por Stein, Fuestsch, Muller, Hofler, Lieb e Wittchen (2001) que realizaram um estudo longitudinal com adolescentes e jovens adultos, através do qual concluíram que a Depressão constitui um fator de risco e igualmente um importante preditor para a fobia social.

A Fobia Social em Adolescentes

Estudos recentes evidenciam que as perturbações de ansiedade são as doenças mentais mais frequentes em crianças e adolescentes, sendo considerada a mais antiga de todas as formas de Psicopatologia (Beesdo, Knappe & Pine, 2009). O termo adolescente provém, etimologicamente, do latim *adolescere*, que significa crescer, amadurecer (Machado, 1990), considerando-se, assim, um período de transição entre a infância e a idade adulta. A adolescência é reconhecida como uma das etapas mais importantes do desenvolvimento humano que engloba modificações biológicas, psicológicas, afetivas, cognitivas e sociais nos indivíduos e que afetam o seu desenvolvimento normativo (Silva, 2004). Em suma, a saída da infância e a entrada na vida adulta não constitui um problema meramente cronológico de evolução emocional e mental. É, antes de mais, uma passagem social, uma entrada numa nova comunidade (Fonseca, 2005). É nos primeiros anos da adolescência que emerge o embaraço social, uma vez que é nesta fase que surge a capacidade de compreender a complexidade da interação social, como também de desenvolver a capacidade de pensar em si mesmo enquanto objeto social, surgindo o medo de ser avaliado negativamente pelos outros (Cunha & Salvador, 2000). A adolescência é o período crítico do ser humano durante o qual a adaptação à escola e a aceitação pelos grupos de pares é crucial para o seu adequado desenvolvimento global. A forma particular como o indivíduo é percebido irá influenciar a aceitação dos pares e é na adolescência que surge

a consciência da importância das impressões que podem causar nos outros (Cunha, 2005). Ocorrem também alterações físicas e sexuais que preocupam os jovens e podem deixá-los muito ansiosos (Delval, 1999), constituindo o período mais vulnerável para o início da fobia social (Beesdo et al., 2007).

A fobia social exerce um impacto no funcionamento do adolescente muito negativo, levando-o a recorrer a uma estratégia de evitamento em várias situações sociais no seu quotidiano, nomeadamente, a evitar conversas, recusar-se a participar em desportos e a afastar-se de um grupo social (Albano & Detweiler, 2001). Jovens que sofrem de fobia social têm um círculo de amigos muito reduzido, desenvolvem poucas atividades extracurriculares, revelam escassa assiduidade escolar e obtêm um aproveitamento abaixo das suas capacidades cognitivas (Khalid-Khan, 2007). No que concerne ao nível social, por seu turno, os comportamentos de evitamento são menos aceites e entendidos pelo grupo de pares, o que leva, por vezes, a que estes jovens sejam afastados, rejeitados e vitimizados por outros jovens. Este facto legitima e intensifica o evitamento e/ou a fuga social, conduzindo a um reportório cada vez mais escasso de respostas sociais pró-ativas por parte dos jovens que sofrem de ansiedade social (Erath, Flanagan, & Bierman, 2007). É comum na adolescência poder contar com o grupo de pares, constituindo um apoio e suporte para a maioria dos adolescentes. No entanto, para os jovens com fobia social, o grupo de pares pode constituir uma barreira que, em vez de ajudar, parece dificultar o seu quotidiano (Teachman & Allen, 2007).

Jovens que sofrem desta perturbação apresentam características muito específicas, tais como um padrão de pensamentos negativos sobre a sua prestação social, antecipando negativamente as consequências das suas interações relacionais. São também mais propensos a avaliar enviesadamente as expressões faciais de quem os rodeia (Reijntjes, Dekovic, & Telch, 2007), manifestando uma preocupação excessiva com o facto de poderem ser ridicularizados, desprezados ou avaliados negativamente pelos seus pares (Albano & Detweiler, 2001). Além disso, a elevada ansiedade social tem sido associada a uma perceção de reduzida aceitação social, baixa autoestima, popularidade limitada e dificuldade em fazer amigos (Beidel & Turner, 2007). As raparigas adolescentes que sofrem desta patologia referem alguma dificuldade em concretizar amizades, tendo conseqüentemente menos amigos e estabelecendo relações mais superficiais (La Greca & Lopez, 1998; Velting & Albano, 2001). No caso dos rapazes, estes são mais propensos a serem vitimizados fisicamente (Erath, Flanagan, Bierman, & Tu, 2010). Em suma, o jovem que apresenta esta patologia desenvolve uma interação social pouco eficaz, quer seja em funções de desempenho quer de interação social (Beidel, et al., 2007). Ainda assim, esta perturbação não é habitualmente estudada na adolescência (Beidel, et al., 2007; Kashdan & Herbert, 2001).

A Terapia da Aceitação e Compromisso - ACT

Apesar da eficácia demonstrada da Terapia Cognitivo-Comportamental para as perturbações de ansiedade na infância (Barmish & Kendall, 2005; Compton et al., 2004; Walkup et al., 2008) e das taxas favoráveis de remissão (Ginsburg et al., 2011), cerca de um terço destes jovens são resistentes a esta psicoterapia e continuam a sofrer de perturbação de ansiedade após a terapia (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, e Harrington, 2004).

Em consequência, alguns autores têm proposto o desenvolvimento de outras intervenções cognitivas mais efetivas e flexíveis (Hayes, Follette, Linehan, 2004). Os novos desenvolvimentos das Terapias Cognitivo-Comportamentais, designadas de Terceira Geração, englobam abordagens mais contextuais, das quais fazem parte as terapias baseadas no *mindfulness*, a Terapia focada na Compaixão (Gillbert, 2009) e a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes et al., 1999), apresentando-se estudos que revelam uma forte relação entre a Aceitação e as perturbações de ansiedade (Hayes, 2004; Twohig, Masuda, Varra, & Hayes, 2005).

Esta terapia é abrangente num contexto funcional da linguagem e cognição – as nossas capacidades verbais e cognitivas são muito úteis, mas também poderão ter um lado mais perigoso/danoso. O cerne do conceito funcional do modelo clínico da ACT é a **flexibilidade psicológica**, que consiste na capacidade de contactar plenamente com o momento presente e com as experiências internas que estão a ocorrer, persistindo ou alterando os seus comportamentos em prol dos seus valores pessoais (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). O oposto deste processo é a inflexibilidade psicológica que é tida como o processo central na psicopatologia (Hayes et al., 2006). Ou seja, os indivíduos que estão em fusão cognitiva com baixos níveis de aceitação, fazem evitamento da sua experiência interna, o que faz com que se esqueçam dos seus valores, não tendo uma ação comprometida com os mesmos, ao mesmo tempo isso significa que não estão focados no momento presente, que é um Eu conceptual no qual o modelo psicopatológico da ACT se baseia. A ACT conta com seis processos centrais de mudança de forma a conseguir alcançar a flexibilidade psicológica desejada: a *aceitação*; a *desfusão cognitiva*; o *Eu observador*; a componente *mindfulness*; os *valores* e por último a *ação com compromisso* (Greco, Blackledge, Coyne, & Ehrenreich, 2005; Twohig, 2012). Apenas os conceitos de aceitação e a ação com compromisso, serão mais amplamente explanados, uma vez que constituem conceitos/variáveis primordiais na presente dissertação. Etimologicamente, a palavra **aceitação** significa receber aquilo que é oferecido (Hayes, 1994) numa perspetiva psicológica, representa acolher de uma forma ativa as experiências internas, no preciso momento em que elas ocorrem e aceitá-las como tal. O objetivo da aceitação é a diminuição do esforço que uma pessoa exerce para controlar ou regular determinadas experiências internas no contexto em que a experiência interna ocorre. A aceitação pressupõe uma disposição ativa e consciente para experienciar acontecimentos internos indesejados, na demanda dos seus próprios valores e objetivos (McCracken & Eccleston, 2005; Viane, et al., 2003). É um conceito distinto da tolerância ou resignação porque é vista como uma escolha que envolve mais recetividade em relação às experiências internas. Com este processo ativo da aceitação pretende-se que o individuo abandone o seu padrão disfuncional, manifestado através do *evitamento experiencial*, que consiste na tentativa de reduzir ou evitar as suas experiências psicológicas e emocionais (Eifert & Forsyth, 2005). Ou seja, a aceitação é entendida como uma estratégia de regulação emocional adaptativa que contribui para o desenvolvimento da flexibilidade psicológica e o abandono consciente de comportamentos que funcionam como evitamento experiencial (Follette,

Palm, & Rasmussen Hall, 2004). Este tipo de evitamento é frequente em indivíduos com perturbações ansiosas, com o qual pretendem controlar ou minimizar o impacto aversivo das experiências, sendo por este motivo considerado um dos fatores de desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Eifert et al., 2009; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Por seu turno, a **ação com compromisso** envolve, geralmente, uma promulgação de valores, enquanto se pratica a desfusão cognitiva, a aceitação, o estar no momento presente, e valoriza-se o contexto em que ocorrem as experiências interiores. O compromisso é o redirecionamento contínuo do comportamento de modo a construir um reportório cada vez maior de comportamento flexível e que permanecem eficazmente ligados a um determinado valor (Twohig, 2012). Este processo é crucial para que os indivíduos com Perturbações de Ansiedade se envolvam em ações comprometidas com os seus valores, pois só assim entram em contacto com experiências ansiógenas previamente evitadas (Coyne, McHugh, & Martinez, 2011).

Na ACT, os terapeutas aplicam métodos que são menos lógicos e literais, incluindo a metáfora, o paradoxo, e os exercícios de role-play. Estes métodos apresentam vantagens quando se trabalha com crianças e adolescentes (Murrell, Coyne, & Wilson, 2004). O uso de metáforas na ACT pode ser especialmente adequado para jovens, uma vez que facilitam a construção de compatibilidade, o aumento da compreensão e a redução da resistência às orientações terapêuticas (Coyne, McHugh, & Martinez, 2011). Sendo a adolescência um período marcado pela transição e mudança, pode constituir uma janela de oportunidades ideal para promover a flexibilidade psicológica, tendo por base os valores de vida (Greco & Eifert, 2004).

Russ e Hayes, num trabalho recente (2009), simplificaram o modelo conceitual da ACT "hexaflex" para um modelo "Triflex" que é um pouco mais simples, podendo ajudar os jovens a compreenderem esses processos e a forma como eles funcionam juntos para formar um todo. Neste modelo (Figura 1), as crianças e adolescentes são convidados a "abrir-se, a estarem presentes e a fazer o que é importante."

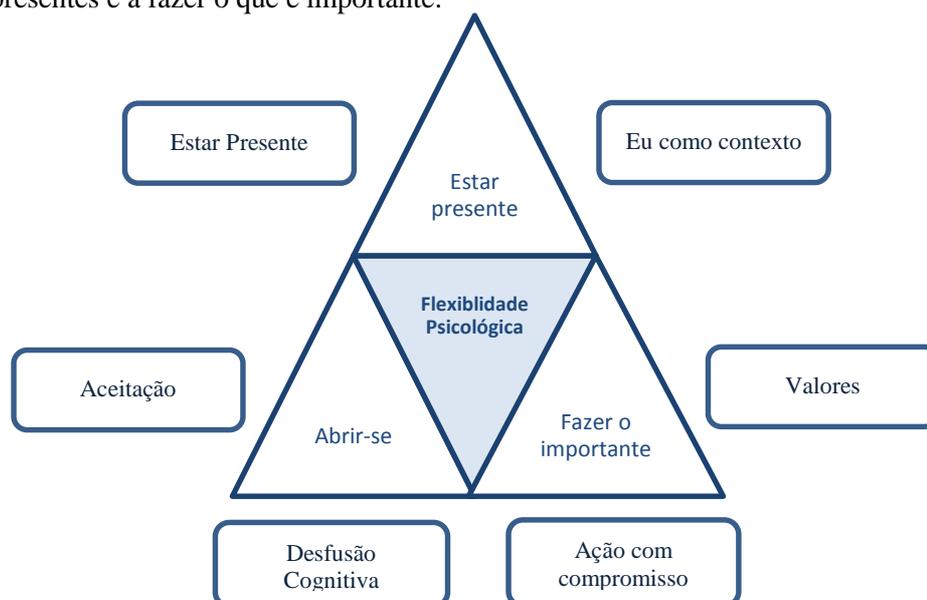


Figura 1: Modelo Triflex da ACT (Russ & Hayes, 2009)

A eficácia da ACT com adolescentes continua a ser alvo de investigação. Os estudos já realizados têm apresentado resultados muito promissores para a Anorexia nervosa (Heffner, Sperry, Eifert, & Detweiler, 2002; Hayes & Pankey 2002), ansiedade social (Morris & Greco, 2002), Depressão (Hayes, Boyd, & Sewell, 2011), dor crónica (Wicksell, Dahl, Magnusson & Olsson, 2005; Wicksell, Melin, Olsson 2007) Tricotilomania (Fine et al., 2012); síndrome de *La Tourette* (Franklin, Best, Wilson, Loew & Compton, 2011) Perturbação Obsessivo-Compulsiva (Armstrong, 2011; Armstrong, Morrison, & Twohig, 2013), estudantes em risco de deixarem a escola (Moore et al., 2008), adolescentes entre os 15 e 19 anos com doenças sexualmente transmissíveis (Metzler, Biglan, Noell, Ary, & Ochs, 2000), jogadores de xadrez (Ruiz & Luciano, 2009), conflito entre pais e adolescentes (Greco, 2003) e no tratamento de um rapaz de 17 anos com esquizofrenia (García & Pérez, 2001). Foram também realizados estudos de eficácia da ACT com pais de crianças Autistas (Blackledge & Hayes 2006) que obtiveram resultados muito positivos.

Na ACT, considera-se que o principal problema clínico consiste no facto de os processos verbais manterem um conjunto restrito de respostas em contextos produtores de ansiedade (Hayes et al., 1999). Esta terapia promove a aceitação de experiências ansiógenas e um compromisso de viver de acordo com os seus valores, ao invés do evitamento experiencial feito, por exemplo, pelos sujeitos com fobia social porque veem a ansiedade como perigosa e evitam constantemente esse sentimento. Infelizmente, a fuga intencional da ansiedade causa vários resultados indesejáveis (Twohig, Masuda, Varra, & Hayes, 2005). Primeiro, aumenta a importância funcional de sinais significativos da ansiedade, pois o processo de evitamento reforça os processos verbais que fazem com que o evento seja experimentado como aversivo; desta forma, o evento continuará a ser experienciado como aversivo e produtor de ansiedade. Em segundo lugar, a regra verbal que guia os esforços de fuga está relacionada com a ansiedade e, portanto, irá invocá-la. Terceiro, a regra verbal que orienta os esforços de fuga relaciona a ansiedade com consequências dramaticamente negativas (por exemplo, perda de controle, humilhação), mas a resposta natural para tais eventos negativos é a ansiedade e, assim, a regra de controlar a ansiedade provoca ansiedade adicional. Como resultado desses processos verbais, a vida de pessoas com diagnóstico de Perturbações de Ansiedade tende a ficar focada no evitamento da ansiedade em vez de ser uma vida plena de experiências importantes (Twohig, et al., 2005). O objetivo da ACT com esses sujeitos não é diminuir a ansiedade, mas ajudá-los a viver uma vida sem estar dominada pela ansiedade e, assim, aumentar a flexibilidade psicológica e comportamental em contextos em que o comportamento tem sido limitado.

A ACT na Fobia Social: o Modelo de Herbert e Cardaciotto

Foi proposto um elevado número de modelos explicativos da fobia social com o intuito de formular hipóteses sobre os processos predisponentes, precipitantes e de manutenção deste quadro clínico. No contexto das terapias de terceira geração, mais especificamente da ACT, Herbert e Cardaciotto (2005) apresentaram um modelo que enfatiza os níveis de aceitação da ansiedade como moderadora da fobia social, que se apresenta seguidamente

na Figura 2:

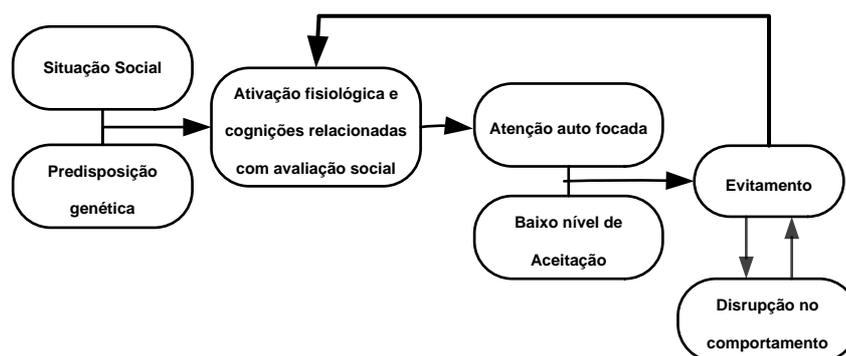


Figura 2: Modelo para a Fobia Social de Herbert & Cardaciotto (2005)

Os autores consideram que os indivíduos com uma predisposição biológica e psicológica para a ansiedade social ficam ativados numa determinada situação social, verificando-se um aumento da estimulação cognitiva e fisiológica. Nessa circunstância, estes sujeitos experienciam um aumento da atenção auto focada, e da consciência interna em relação à sua taquicardia, sudação e aos pensamentos de avaliação social, tornando-se nesse momento hiper-vigilantes da sua própria ansiedade. Ao mesmo tempo, a sua atenção e consciência a estímulos externos diminuem. Nesta conceção, o nível individual de aceitação é essencial para determinar o efeito de maior consciência interna. Indivíduos com um elevado nível de aceitação das suas experiências internas terão menos prejuízo no funcionamento comportamental do que aqueles que sofrem de um baixo nível da aceitação das suas próprias experiências. Estes últimos tentam, de alguma forma, controlar, escapar ou evitar a experiência, conduzindo a uma interferência no comportamento, ao passo que um elevado nível de aceitação permite que o indivíduo seja flexível em resposta à ativação cognitiva e fisiológica (Herbert e Cardaciotto, 2005).

Em Portugal, num estudo efetuado com o intuito de analisar as relações entre os componentes do modelo baseado na aceitação para a Fobia Social de Herbert e Cardaciotto (2005), Vieira (2011) concluiu que, perante a perceção de interferência, a falta de aceitação para com a experiência interna revelaram ser um fator importante. Sendo especialmente relevante nos adolescentes com níveis moderados de ansiedade social, porque neles, a aceitação apresentava uma correlação significativa e negativa com os comportamentos de segurança. Ou seja, quanto menor forem os níveis de aceitação, maior é a frequência de comportamentos de segurança e disrupção percebida.

Estudos recentes comprovam a eficácia da ACT na Ansiedade Social específica a situações de desempenho (Block, 2002; Block & Wulfert, 2000; Brown, Forman, Herbert, Hoffman, Yuen, & Goetter, 2011) e na Ansiedade Social Generalizada (Brady & Whitman, 2012; Dalrymple & Herbert, 2007; Morris & Greco, 2002; Ossman, Wilson, Storaasli, & McNeill, 2006; Salvador, 2009).

Avaliação

Sendo o objetivo do presente trabalho a validação de um instrumento de avaliação de flexibilidade psicológica, nomeadamente a aceitação e a ação com compromisso, o Questionário de Aceitação e Ação na Fobia Social (SA-

AAQ) (MacKenzie & Kocovski, 2010), considerou-se pertinente apresentar informações relacionadas com este e outros instrumentos que avaliam o mesmo constructo ou outros relacionados.

Nos últimos anos, tem-se assistido a um crescente interesse nas terapias de terceira geração, acompanhado em simultâneo pelo desenvolvimento de instrumentos de avaliação neste domínio. Um dos mais aplicados é o Questionário de Aceitação e Ação (AAQ - *Acceptance and Action Questionnaire*, Hayes et al., 2004) que visa avaliar componentes da aceitação experiencial e orientação das ações em prol dos objetivos valorizados. Existem diferentes versões deste instrumento: 32 itens, 9 itens (Hayes et al., 2004), sendo ambos unifatoriais, e outra versão com 16 itens descrito por Bond e Bunce (2003) que é constituída por dois fatores. A presente investigação apresenta com pormenor esta última versão, uma vez que foi a partir desta escala que sucedeu maioritariamente a escala em estudo, o SA-AAQ. O AAQ-16 mede a flexibilidade psicológica, ou seja, as componentes de aceitação experiencial e das ações congruentes com os valores. Este questionário possui uma razoável consistência interna com α entre .72 e .79. Este questionário tem provado ser de grande utilidade. Numa meta-análise de 27 estudos nos quais se utilizou esta medida, constatou-se que este previu uma ampla gama de resultados sobre a qualidade de vida (por exemplo, depressão, ansiedade, saúde mental no geral, a satisfação no trabalho), com um tamanho médio do efeito de $r = .42$ (Chawla & Ostefin, 2007; Hayes et al., 2006). Em 2011, a referida escala foi melhorada e revista, tendo sido desenvolvido o AAQ-II (Bond et al., 2011), unifatorial e que não possui outras versões.

Tem igualmente surgido um crescente número de versões do AAQ, adaptados a determinadas patologias ou populações específicas, como por exemplo, dor crónica (*Chronic Pain Acceptance Questionnaire*: CPAQ; McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004), imagem corporal (*Body Image Acceptance and Action Questionnaire*: BI-AAQ; Sandoz, 2010; Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013), abuso de substâncias (*Acceptance and Action Questionnaire - Substance Abuse*: AAQ-SA; Luoma, Drake, Hayes & Kohlenberg, 2011), “food craving” (*Food Acceptance and Awareness Questionnaire*: FAAQ; Juarascio, Forman, Timko, Butryn, & Goodwin, 2011), diabetes (*Acceptance and Action Diabetes Questionnaire*: AADQ; Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007), lidar com a epilepsia (*Acceptance and Action Epilepsy Questionnaire*: AAEPQ; Lundgren, Dahl, & Hayes, 2008), lidar com os sintomas psicóticos (*Voices Acceptance & Action Scale*: VAAS; Shawyer, Ratcliff, Mackinnon, Farhall, Hayes, & Copolov, 2007), trauma (*Acceptance and Action Questionnaire-Specific Trauma*: AAQ-TS; Braekkan, Batten, Walser, Polusny, & Grantz, 2008) e Fobia Social (*Social Anxiety - Acceptance and Action Questionnaire*: SA-AAQ; MacKenzie & Kocovski, 2010) entre outros. O interesse pelas terapias de terceira geração tem-se estendido a crianças e adolescentes, embora ainda se encontre numa fase muito precoce, o que se reflete no número de questionários apropriados à população adolescente. Existe o Questionário de Evitamento e Fusão Cognitiva para Adolescentes (*Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth*: AFQ-Y; Greco, Lambert & Baer, 2008), que mede o evitamento

experiencial e a ineficácia comportamental de um modo geral, avaliando numa estrutura unifatorial, a inflexibilidade psicológica. Com o intuito de avaliar as patologias infantis mais específicas, existe a *Diabetes Acceptance and Action Scale for Children and Adolescents* (DAAS; Greco & Hart, 2005), que mede o nível de flexibilidade psicológica em jovens diagnosticados com diabetes tipo I. Até ao momento, todas estas versões específicas demonstraram constituírem bons preditores de resultados dentro das suas respetivas áreas e têm sido não só particularmente eficazes, como também sensíveis aos resultados recorrentes das intervenções da ACT que visam estes problemas específicos (Gifford et al., 2004; Gregg et al., 2007; Lundgren et al., 2008; Lillis & Hayes, 2008).

Dentro dos instrumentos estudados em Portugal, existe o BI-AAQ (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) que mede o grau de aceitação dos pensamentos e sentimentos negativos relacionados com a imagem corporal; o AAQ-II (Pinto-Gouveia & Gregório, 2013) cuja validação para a população portuguesa ainda está a ser realizada; e também o AAQ-TS (Carvalho, Cunha & Pinto-Gouveia, 2011) está a ser alvo de validação para a população portuguesa que tem como objetivo medir a flexibilidade psicológica em sintomas da PTSD. Questionários para medir problemáticas semelhantes na população adolescente existe o AFQ-17 (Greco, Lambert, & Baer, 2008; Versão portuguesa: Cunha & Santos, 2011).

Conforme referido anteriormente, a presente investigação tem como objetivo a adaptação de um instrumento de avaliação à fobia social em adolescentes: o Questionário de Aceitação e Ação na Fobia Social (SA-AAQ) (MacKenzie & Kocovski, 2010). Este instrumento é de autopreenchimento e visa avaliar a aceitação em sujeitos com fobia social. O SA-AAQ foi validado numa amostra de 339 estudantes com uma média de idades de 19 anos (81.2% do sexo feminino) (MacKenzie & Kocovski, 2010). A medida é constituída por 19 itens, com um formato de resposta tipo *Likert* de 7 pontos, onde 1 corresponde a “nunca verdadeiro” e 7 corresponde a “sempre verdadeiro” e permitindo obter um resultado global que varia entre 19 a 133. Resultados mais elevados significam maiores níveis de aceitação. Foi determinado pelas autoras que esta escala teria uma estrutura fatorial unidimensional, embora num dos estudos de desenvolvimento e validação do SA-AAQ, se tivesse apresentado uma estrutura com dois fatores: a subescala Aceitação com os itens: 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 e a subescala Ação com os restantes itens 1, 2, 3, 4, 9, 11. A validade convergente foi demonstrada pelas correlações elevadas obtidas com as medidas de ansiedade social, *Social Phobia Scale* (SPS; Mattick & Clarke, 1998), ($r=.70$) e *Social Interaction Anxiety Scales* (SIAS; Mattick & Clarke, 1998), ($r=.71$) e correlações moderadas com o *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS; Liebowitz, 1987) ($r=.57$), o *Liebowitz Self-Rated Disability Scale* (LSRDS; Schneier, Heckelman, Garfinkel, & Campeas, 1994) ($r=.62$) e com o AAQ-II, ($r=.63$). O SA-AAQ revelou uma elevada consistência interna ($\alpha=.94$), no estudo original.

Não existe em Portugal um instrumento específico com o intuito de medir a aceitação e a ação com compromisso em indivíduos que sofram de fobia social. A fobia social é uma perturbação que, quando é identificada

precocemente e tratada adequadamente na adolescência, conduz a um alívio do sofrimento e diminui a possibilidade de comorbilidades, que são muito comuns. Torna-se, deste modo, fundamental e indispensável a investigação na área da Perturbação de Ansiedade Social em adolescentes que conduza à elaboração e aperfeiçoamento de instrumentos de avaliação objetivos e essenciais para diagnósticos eficazes. Por este motivo, o SA-AAQ pode constituir um contributo importante nesta área. Os resultados desta investigação pretendem ter um impacto positivo na compreensão do papel da aceitação na manutenção de níveis de ansiedade social disfuncionais. O conhecimento mais completo desta variável poderá contribuir para o aperfeiçoamento de técnicas e de estratégias com vista a uma prática psicoterapêutica mais eficaz no tratamento da fobia social. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo específico analisar o comportamento do Questionário da Aceitação e Ação para a Fobia Social (SA-AAQ) numa amostra de adolescentes portugueses, através da avaliação das suas características psicométricas, iremos proceder à sua análise fatorial e estudando os itens que constituem o questionário. Iremos igualmente analisar a sua fidelidade através da sua consistência temporal e interna, assim como a sua validade a partir da validade convergente e divergente com outros instrumentos. Conclui-se com a apresentação dos respetivos dados normativos para adolescentes portugueses.

2. Metodologia

2.1. Participantes

2.1.1. Amostra da População Geral

Com o intuito de atingir os objetivos acima mencionados, foi recolhida uma amostra de adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, em contexto escolar das regiões Centro do país, em zonas urbanas e rurais. Constituíram critérios de exclusão os adolescentes com idade inferior a 14 anos ou superior a 18 anos ou cujos questionários não se encontravam completamente preenchidos.

Na Tabela 1 evidencia-se a descrição mais pormenorizada da amostra da população geral no que diz respeito às variáveis género, idade, ano de escolaridade e estatuto socioeconómico.

Para a realização do estudo, a amostra ficou constituída por 599 adolescentes, sendo 364 do sexo feminino (60.8%) e 235 do sexo masculino (39.2%). A média de idades foi de 15.48 (DP=1.16), tendo uma distribuição maioritariamente homogénea, com exceção dos elementos com 17 e 18 anos de idade que constituem, respetivamente, 14% e 6% do total da amostra, não existindo diferenças significativas das médias da idade em função do género ($t_{(597)} = -.359; p = .720$).

Relativamente à escolaridade, a amostra varia entre o 9º e o 12º anos, não existindo diferenças significativas ($t_{(597)} = .586; p = .558$) entre géneros. Na sua distribuição, observa-se uma maior existência de adolescentes a frequentar o 9º ano de escolaridade, representando 41.1% do total da amostra e uma menor frequência no 12º ano, constituindo apenas 9% da amostra total.

Tabela 1. Características da amostra da população geral: género, idade, ano de escolaridade e estatuto socioeconómico. Teste t-Student e qui-quadrado (χ^2) para verificação das diferenças.

	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Género	235	39.2	364	60.8	599	100		
Idade								
14	63	26.8	74	20.3	137	22.9		
15	67	28.5	126	34.6	193	32.2		
16	53	22.6	96	26.4	149	24.9		
17	38	16.2	46	12.6	84	14		
18	14	6	22	6	36	6		
Escolaridade								
9º	108	46	138	37.9	246	41.1		
10º	67	28.5	145	39.8	212	35.4		
11º	25	10.6	62	17	87	14.5		
12º	35	14.9	19	5.2	54	9		
Estatuto Socioeconómico								
Baixo	102	43.4	187	51.4	289	48.2		
Médio	112	47.7	137	37.6	249	41.6	χ^2	<i>p</i>
Alto	21	8.9	40	11	61	10.2	5.92	.052
	M	DP	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Idade	15.46	1.21	15.49	1.13	15.48	1.16	.359	.720
Escolaridade	9.95	1.07	9.89	.86	9.91	.95	.586	.558

Quanto à distribuição do estatuto socioeconómico, os adolescentes que pertencem ao nível baixo e médio representam 48.2% e 41.6% respetivamente e ao nível alto apenas 10.2%, existindo diferenças significativas entre os sexos feminino e masculino nesta variável ($\chi^2=5.92$ $p=.052$), embora esta diferença se encontre, estatisticamente, no limiar da significância, fomos calcular a magnitude deste efeito que deu um valor de $r^2=.009$, ou seja, o género explica unicamente 0.9% da distribuição desta amostra pelo estatuto socioeconómico (Conboy, 2003).

2.1.2. Amostra da População Clínica

A presente investigação inclui uma amostra da população clínica, no estudo da **validade discriminante**. A amostra total ficou constituída por 98 adolescentes que se encontram divididos em três grupos: um subgrupo a partir da totalidade dos sujeitos que constituíram a amostra da população geral (PG; $n=36$), uma amostra clínica de adolescentes com Fobia Social Generalizada (FSG; $n=36$) e uma outra constituída por adolescentes com Outras Perturbações de Ansiedade (OPA; $n=26$). Especificamente, o grupo OPA integra nove casos de fobia específica, sete casos de perturbação de ansiedade generalizada, cinco de perturbação pós-stress traumático, dois casos de perturbação obsessivo-compulsiva, e um de cada um dos seguintes diagnósticos: perturbação de pânico com agorafobia, perturbação de pânico sem agorafobia, e agorafobia sem perturbação de pânico. As amostras clínicas foram recolhidas nas escolas referidas para a amostra da população geral, após a realização do *screening*, explanado no procedimento (ponto 2.3), em

Hospitais, centros de saúde e clínicas.

Analisaram-se as características de distribuição por género, escolaridade e estatuto socioeconómico dos três grupos (cf. Tabela 2).

A amostra final apresenta-se com uma distribuição no que concerne ao género, maioritariamente feminina (78.5%), tendo esta distribuição sido semelhante nos três grupos clínicos, não existindo de facto diferenças significativas ($\chi^2=3.985$; $p=.136$) entre grupos, no que diz respeito a esta variável.

Relativamente à idade, observou-se que a média de idades dos adolescentes foi de 15.84 (DP =1.28), sendo as médias dos três grupos muito próximas entre si, não existindo diferenças estatisticamente significativas [$F_{(2,94)} = 1.558$; $p=.216$] nos valores médios de idade entre os grupos. Assim, conclui-se que os adolescentes que constituem os três grupos não se distinguiram entre si nesta variável.

Tabela 2. Distribuição dos grupos por género, idade, escolaridade e estatuto socioeconómico. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação das diferenças entre género e estatuto. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das idades e escolaridade. ANOVA para verificação das diferenças.

	PG		FSG		OPA		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Género								
Masculino	7	7.1	5	5.1	9	9.2	3.985	.136
Feminino	29	29.6	31	31.6	17	17.3		
Idade								
14	7	7.1	3	3.1	6	6.1		
15	9	9.2	8	8.2	8	8.2		
16	14	14.3	11	11.2	4	4.1		
17	2	2.0	9	9.2	3	3.1		
18	4	4.1	5	5.1	5	5.1		
Escolaridade								
9º	13	13.3	10	10.2	12	12.2		
10º	16	16.3	13	13.3	7	7.1		
11º	5	5.1	7	7.1	4	4.1		
12º	2	2.0	6	6.1	3	3.1		
Estatuto Socioeconómico								
Baixo	24	24.5	20	20.4	20	20.4	3.216	.522
Médio	10	10.2	14	14.3	5	5.1		
Alto	2	2.0	2	2.0	1	1.0		
Total	36	36.7	36	36.7	26	26.5	N=98	100%
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
Idade	15.73	1.46	16.14	1.17	15.64	1.20	1.558	.216
Escolaridade	10.23	1.06	10.49	1.17	10.20	1.35	1.075	.345

Nota: FSG=amostra clínica de adolescentes com fobia social generalizada; PG=amostra de adolescentes do subgrupo da população geral; OPA=amostra clínica de adolescentes com outras perturbações de ansiedade.

No que concerne à escolaridade, a distribuição dos adolescentes revelou-se muito homogénea, verificando-se também a ausência de diferenças significativas na distribuição desta variável [$F_{(2, 94)} = 1.075$; $p=.345$] entre os

três grupos. Em relação à distribuição pelo estatuto socioeconómico, não se verificaram, novamente, diferenças significativas entre as três amostras na distribuição nesta variável ($\chi^2 = 1.03$; $p=.597$). Deste modo, assume-se a equivalência dos três grupos relativamente à distribuição das variáveis género, idade, ano de escolaridade e estatuto socioeconómico.

2.2. Instrumentos

- **O Questionário de Aceitação e Ação na Fobia Social – SA-AAQ** (*Social Anxiety - Acceptance and Action Questionnaire*, MacKenzie & Kocovski, 2010; traduzido e adaptado por Martins, Vieira, & Salvador, 2011) é uma escala de autorresposta que avalia a aceitação e ação de sujeitos com fobia social. Uma vez que o SA-AAQ já foi descrito anteriormente na introdução (ponto 1), só se apresenta uma breve descrição do mesmo.

- **A Versão breve do Inventário de Ansiedade e Fobia Social para adolescentes - SPAI-B** (*Briefform of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Adolescents*, Garcia-Lopez, Hidalgo, Biedel, Olivares, & Turner, 2008; versão portuguesa: Vieira, Salvador, Matos, Garcia-Lopez, & Beidel, 2013), avalia a ansiedade social nos adolescentes e consiste numa adaptação do (*Social Phobia and Anxiety Inventory- SPAI*) (Turner, Biedel, Dancu & Stanley, 1989). É um questionário de autorresposta com 16 itens, sendo as respostas dadas segundo uma escala tipo *Likert* de 5 pontos. Os dois últimos itens dividem-se em 2 subitens que pretendem avaliar os pensamentos automáticos e sintomas somáticos em situações sociais. O inventário apresentou uma elevada consistência interna ($\alpha=.92$), boa validade concorrente e boa estabilidade temporal (Garcia-Lopez et al., 2008).

Na versão portuguesa, o SPAI-B apresentou uma elevada consistência interna ($\alpha=.91$) e boa estabilidade temporal ($r=.81$; $p<.01$). Demonstrou, igualmente, uma boa validade convergente e divergente (Vieira et al., 2013).

No presente estudo, o *alpha* de *Cronbach* obtido no total da escala do SPAI-B, foi de .93.

- **A Escala de Ansiedade Social para Adolescentes - SAS-A** (*Social Anxiety Scale for Adolescent*; La Greca & Lopez, 1998; versão portuguesa: Cunha, Pinto-Gouveia, Alegre, & Salvador, 2004) avalia a ansiedade social e o medo que os adolescentes têm de avaliações negativas no contexto das relações com os pares. A escala de resposta é do tipo *Likert* de 5 pontos. Dos 22 itens constituintes desta escala, quatro destes são neutros e estão destinados a reduzir o enviesamento das respostas não contabilizadas para o resultado total. Desta escala fazem parte três subescalas: a FNE (Medo de Avaliação Negativa) a SAD-*New* (Desconforto e Evitamento Social em Situações Novas) e a SAD-*General* (Desconforto e Evitamento Social Generalizado). Apresenta uma boa consistência interna (*Alpha* de *Cronbach* .91, .83 e .76 respetivamente para as subescalas FNE; SAD-*New*; SAD-*General*), uma boa fidelidade teste-reteste (La Greca, 1998) como também uma boa validade concorrente (La Greca & Lopez, 1998).

Na versão portuguesa (Cunha, Pinto-Gouveia, Alegre, & Salvador, 2004), verificamos a mesma estrutura formada por três fatores, com uma boa

consistência interna tanto para o total ($\alpha=.88$), como para as subescalas (FNE: $\alpha=.87$; SAD-*New*: $\alpha=.74$; SAD-*General*: $\alpha=.71$), e estabilidade temporal ($r=.74$), aceitável. Revelou ser sensível a mudanças resultantes do tratamento e uma validade convergente satisfatória (Salvador, 2009). Neste estudo, o SAS-A apresentou uma consistência interna de $\alpha=.93$.

A **Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes - EAESSA** (Cunha, Pinto Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004) avalia a ansiedade social medida pelo grau de desconforto/ansiedade e evitamento manifestado nas situações sociais. Esta medida consta de 34 situações sociais, que é constituída por duas subescalas: uma que avalia ansiedade/desconforto, e cuja aplicação conduz a uma pontuação específica, e outra para a avaliação do evitamento, que tal como a anterior permite obter uma pontuação própria. Pode ainda obter-se uma pontuação total. As respostas são dadas de acordo com uma escala de *Likert* de 5 pontos. Os valores da consistência interna são elevados nas duas subescalas ($\alpha=.87$ para a subescala de evitamento e $\alpha=.91$ para a subescala de desconforto/ansiedade), e a estabilidade temporal foi moderada ($r=.71$, $p<=.01$ na subescala de evitamento, e $r=.74$, $p<.01$ na subescala de desconforto/ansiedade), possui também uma boa validade convergente e divergente, sendo sensível a mudanças de tratamento (Salvador, 2009).

No nosso estudo, o total da escala, apresentou um *alpha* de *Cronbach* de .96.

- **A Escala Multidimensional de Ansiedade para crianças - MASC** (*Multidimensional Anxiety Scale for Children*; March et al., 1997; versão portuguesa: Matos, Salvador, Cherpe, & Oliveira, 2012) avalia sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 19 anos de idade. É um instrumento de autorresposta, constituído por 39 itens. As respostas são obtidas pelo preenchimento de uma escala tipo *Likert* com 4 pontos. Deste modo é avaliada a frequência com que os respondentes experienciam cada situação. Nesta escala foram encontrados quatro fatores, sendo que em três deles se consideram dois subfatores, como a seguir referimos: fator um **Sintomas físicos**, com os subfatores Tensão/Impaciência e Queixas somáticas; fator dois **Evitamento do Perigo**, com os subfatores Perfeccionismo e Ansiedade Antecipatória; fator três **Ansiedade Social**, com os subfatores Medo de Humilhação, Medo de Desempenho; fator quatro **Ansiedade de Separação**. Na versão original, verificou-se uma boa consistência interna ($\alpha=.89$) para o resultado total (March et al., 1997).

A consistência interna apresentada na versão portuguesa para o total da escala foi boa ($\alpha=.89$), onde os valores de *alpha* para os fatores variaram entre .70 e .85 e para os subfactores entre .54 e .86. A escala apresentou uma boa estabilidade temporal e uma boa validade convergente e divergente (Matos, Salvador, Cherpe, & Oliveira, 2012).

Na amostra em estudo, este instrumento revelou bons valores de consistência interna para o total da escala ($\alpha=.92$), uma consistência interna razoável para os fatores evitamento do perigo e ansiedade de separação ($\alpha=.72$; $\alpha=.73$, respetivamente) e uma consistência interna boa para os fatores sintomas físicos e ansiedade social ($\alpha=.86$; $\alpha=.88$, respetivamente).

- A *Child and Adolescent Mindfulness Measure* - CAMM (Greco, Baer, & Smith, 2011; versão portuguesa: Cunha, Galhardo & Pinto-Gouveia, in press) avalia o grau em que as crianças e adolescentes observam as suas experiências internas, agem com consciência e aceitam as suas experiências internas sem julgamento. É formada por dez itens e tem um formato de resposta tipo *Likert* que varia entre 0 (Nunca) a 5 (Sempre) pontos. Na versão original (Greco, Baer & Smith, 2011) apresentou uma boa consistência interna ($\alpha=.84$). A validade de constructo foi aceitável, relacionando-se negativamente com uma escala de inflexibilidade psicológica, o AFQ-Y ($r=-.47$) e com uma medida de supressão do pensamento, o WBSI ($r=-.36$) (Greco Baer & Smith, 2011).

Na versão portuguesa (Cunha, Galhardo, & Pinto-Gouveia, in press), a consistência interna foi razoável ($\alpha=.71$), a estabilidade temporal modesta ($r=.434$) e uma boa validade convergente.

Na amostra em estudo apresentou uma boa consistência interna ($\alpha=.80$).

- O **Inventário de Depressão para crianças - CDI** (*Children's Depression Inventory*; Kovacs, 1985; versão portuguesa: Marujo, 1994; Dias & Gonçalves, 1999) avalia os sintomas depressivos em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos de idade. O CDI é um questionário de autorresposta. O adolescente ou criança deve responder, optando por uma das três possibilidades que melhor represente os sentimentos que experimentou nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário. Nesse sentido os três itens variam entre 0 (ausência de problema), a 2 (problema grave). Na versão original, Kovacs (1985) identificou cinco sub-escalas: Auto-Estima Negativa, Humor Negativo, Ineficácia, Problemas Interpessoais e Anedonia. A consistência interna do CDI é elevada (*alpha* entre .70 e .86) e a fiabilidade teste-reteste aceitável (Smucker et al., 1986).

Nos dois estudos portugueses (Marujo, 1994; Dias & Gonçalves, 1999) obteve-se uma estrutura unifatorial, e uma elevada consistência interna (os valores de *alpha* variam entre .80 e .84, respetivamente).

Para a amostra em estudo, o CDI revelou uma boa consistência interna ($\alpha=.85$).

- A **Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescências – ADIS-C: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Version** (Silverman & Albano, 1996; versão portuguesa por Cunha & Salvador, 2009) é uma entrevista estruturada que segue os critérios propostos pelo DSM-IV (APA, 1994) que permite diagnosticar perturbações de ansiedade e outras perturbações da infância e adolescência. Avalia os critérios de diagnóstico das perturbações de ansiedade, e também os critérios de Diagnóstico para todas as outras perturbações de ansiedade, e ainda inclui questões de rastreio de outras perturbações, nomeadamente, abuso de substâncias, esquizofrenia, mutismo seletivo, perturbações alimentares, perturbação somatoforme e perturbação de somatização. A resposta dada pelo sujeito é do tipo “Sim” (sintoma presente), “Não” (sintoma ausente) ou “Outro” (quando, por exemplo, a resposta é “às vezes”). A ADIS-C apresenta uma excelente fidedignidade teste-reteste e precisão de diagnóstico de Fobia Específica e Perturbação de Ansiedade de Separação e

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

A sua versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Cunha e Salvador (Cunha & Salvador, 2009), estando a decorrer estudos acerca das suas características psicométricas (Casanova & Salvador, 2013).

2.3. Procedimentos

A tradução do SA-AAQ foi efetuada por Martins, Vieira & Salvador (2011), seguida pela retroversão realizada por um especialista em inglês bilíngue independente do estudo.

Todas as instituições (escolas e clínicas) envolvidas foram informadas dos objetivos do corrente estudo e foram obtidas as autorizações necessárias para que os sujeitos pudessem participar na investigação de uma forma voluntária. Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo, dos procedimentos necessários e da confidencialidade das suas respostas e, neste sentido deram o seu consentimento para participar no estudo. Para controlar possíveis contaminações das respostas dos adolescentes de uns questionários para os outros, a ordem dos questionários foi balanceada. Com o objetivo de verificar a estabilidade temporal foi realizada uma segunda passagem do SA-AAQ, 5 a 6 semanas após o preenchimento dos questionários, a 145 sujeitos da amostra já recolhida.

Nas escolas a seleção dos sujeitos a integrar a amostra da validade discriminante foi realizada após a execução de um *screening* aos resultados obtidos no conjunto de questionários de todos os alunos que anteriormente haviam preenchido o protocolo de investigação no contexto de sala de aula. Os alunos que obtiveram resultados abaixo ou acima do intervalo normativo para a EAESSA, o RT e o SAS-A, foram selecionados para serem submetidos a uma entrevista clínica estruturada (ADIS-C) e diagnosticados segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 1994).

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

3. Resultados

3.1. Estrutura Fatorial

Os 19 itens que constituem o SA-AAQ foram submetidos a uma análise fatorial exploratória de componentes principais, seguida de rotação *Varimax*. Para a medida KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) foi encontrado um valor de .928, resultado que revela uma muito boa adequação da amostragem a uma análise

em componentes principais¹, assegurando assim a sua realização, bem como, foi significativo o teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2=5333,603$ $p<.001$), demonstrando que a matriz de intercorrelações é significativamente diferente de uma matriz de identidade.

A solução inicial para o SA-AAQ permitiu extrair 3 fatores com *eigenvalues* superiores a 1 que explicaram 57.1% da variância total (cf. Anexo 7). Contudo, ao analisar a distribuição dos itens pelos três fatores verificou-se que esta não era consistente, uma vez que não parecia traduzir uma categorização que assentasse numa dimensão teórica que justificasse tal distribuição. Como a versão original desta escala é unidimensional chegou-se a forçar a extração a um fator, sendo que esta solução fatorial só explicava 37% da variância total. Decidiu-se, assim, recorrer à análise do diagrama de sedimentação (*Scree plot*), tendo em conta o sugerido por Cattell (1966) que refere, que o ponto de corte para a seleção de fatores deverá corresponder ao ponto de inflexão da curva, o que sugeriu a existência de uma escala com uma estrutura de 2 fatores (cf. Tabela 3). Por conseguinte, optou-se por forçar a extração a dois fatores que explicaram 52% da variância total. As autoras inicialmente afirmaram que esta escala, tal como o AAQ-16, deveria ter dois fatores (Aceitação e Ação), e com o intuito de confirmar esta estrutura, realizaram uma análise entre os dois fatores que deu um resultado de uma correlação alta² ($r=.70$, $p<.001$) o que levou à conclusão de que a *aceitação* e *ação* seriam constructos muito próximos, e que estariam a medir o mesmo, passando a ser uma escala unidimensional. No nosso estudo a correlação entre estes dois constructos ($r=.25$, $p<.000$) não manifesta a mesma semelhança, tendo uma correlação baixa. Assim sendo, uma solução fatorial de dois fatores parece ser a mais adequada e compreensível. A análise de componentes principais revela que todos os itens apresentam valores de comunalidades superiores a .20.

Adicionalmente, com o intuito de confirmar a solução fatorial de dois valores, foi realizada uma análise paralela através do PCA *Monte Carlo* (Watkins, 2000) através da qual se confirma que somente dois fatores têm *eigenvalues* superiores aos valores de critério correspondentes para uma matriz de dados gerada aleatoriamente da mesma dimensão (19 variáveis \times 599 adolescentes) (Horn, 1965; Pallant, 2010).

Observou-se que todos os itens apresentavam saturações superiores a .35 e nenhum carregava significativamente em dois fatores com uma diferença menor que .10, pelo que se mantiveram todos os itens.

¹ Na interpretação dos resultados obtidos através do teste de KMO utilizou-se o convencionado por Kaiser (1974) que sugere que a adequação da amostra a uma análise em componentes principais é inaceitável sempre que o valor do teste KMO é inferior a .50; má entre .50 e .60; razoável entre .60 e .70; média entre .70 e .80; boa entre .80 e .9. e muito boa .90 e 1.

² Na avaliação da magnitude das correlações são considerados como valores de referência os apresentados por Pestana e Gageiro (2008), que sugerem que um coeficiente de correlação $>.20$ revela uma associação muito baixa, um valor entre .21 e .39 uma associação baixa, entre .40 e .69 moderada, entre .70 e .89 alta e, se o valor do coeficiente de correlação for superior a .90 uma associação muito alta.

Tabela 3. Solução fatorial com dois fatores e comunalidades (h^2)

Itens do SA-AAQ	Fator	Fator	h^2
	Aceitação	Ação	
13.Parece que estou a lutar contra mim próprio em relação à minha ansiedade social.	.83	.16	.72
16.Critico-me por ter uma ansiedade social que é irracional ou inapropriada.	.82	.16	.70
14.Fico preso a alguns pensamentos que tenho sobre a ansiedade social.	.79	.17	.65
15.Digo a mim próprio que não devia ter certos pensamentos sobre a ansiedade social.	.77	.05	.59
12.Dou por mim a pensar muitas vezes na minha ansiedade social.	.77	.07	.60
18.Faço julgamentos sobre se os meus pensamentos sobre a minha ansiedade social são bons ou maus.	.75	.10	.58
8.Preocupa-me poder não conseguir controlar a minha ansiedade social.	.73	.14	.55
7.Preocupo-me demasiado com o facto de estar ou não a sentir-me ansioso(a) em situações sociais.	.71	.06	.51
19.Acho que estou a fazer algo errado quando me sinto ansioso(a) em situações sociais.	.68	.06	.46
17.Acredito que ter pensamentos relacionados com ansiedade social é anormal ou mau e que eu não deveria pensar dessa maneira.	.62	.08	.39
10.A minha ansiedade social tem de diminuir antes de eu poder dar passos importantes na minha vida	.60	-.08	.37
6.Sacrificaria de boa vontade coisas importantes na minha vida para poder deixar de me sentir ansioso(a) em situações sociais.	.59	.11	.36
5.Estar ansioso(a) em situações sociais faz com que seja difícil viver a minha vida como gostaria.	.57	.16	.35
2.Consigo permanecer numa situação social, mesmo quando me sinto ansioso(a).	.08	.81	.66
4.Continuo com a minha vida mesmo quando me sinto ansioso(a) em situações sociais.	.24	.75	.62
1.Apesar de, às vezes, me sentir ansioso(a) em situações sociais sinto que tenho a minha vida controlada.	.10	.71	.52
9.Consigo continuar a tentar atingir objetivos importantes mesmo quando me sinto ansioso(a) em situações sociais.	-.01	.67	.45
3.Não há muitas atividades que eu deixe/pare de fazer quando me sinto ansioso(a) em situações sociais.	.02	.66	.44
11.A minha ansiedade social não interfere com a maneira como quero viver a minha vida.	.11	.49	.25

O estudo das correlações através do cálculo da correlação de *Pearson* entre os dois fatores, e entre cada um deles com o total da escala, mostrou que as dimensões fatoriais que constituem o SA-AAQ foram positiva e significativamente correlacionadas. A correlação entre os dois fatores constituiu-se como uma correlação baixa ($r=.26$; $p<.01$). Relativamente às correlações com o total da escala, estas constituíram-se como correlações moderadas com o fator Ação ($r=.57$; $p<.01$), e muito alta com o fator Aceitação ($r=.94$; $p<.01$).

3.2. Estudo dos itens

Para efeito de análise dos itens do SA-AAQ para adolescentes calcularam-se as médias, desvio-padrão, correlações item-total, *alpha* de *Cronbach* se o item for removido e correlação teste-reteste de cada um dos itens.

Tabela 4. Médias (M), Desvio-Padrão (DP), Correlações item-total (r), alpha de Cronbach se o item for removido (α) e Correlação teste-reteste (t-rt) de cada um dos itens do SA-AAQ

Itens do SA-AAQ	M	DP	r	α	t-rt
					N=145
1. Apesar de, às vezes, me sentir ansioso(a) em situações sociais sinto que tenho a minha vida controlada.	4.79	1.46	.34	.90	.51**
2. Consigo permanecer numa situação social, mesmo quando me sinto ansioso(a).	5.26	1.45	.36	.90	.55**
3. Não há muitas atividades que eu deixe/pare de fazer quando me sinto ansioso(a) em situações sociais.	4.73	1.74	.25	.90	.42**
4. Continuo com a minha vida mesmo quando me sinto ansioso(a) em situações sociais.	5.55	1.41	.48	.89	.43**
5. Estar ansioso(a) em situações sociais faz com que seja difícil viver a minha vida como gostaria.	4.74	1.83	.53	.89	.46**
6. Sacrificaria de boa vontade coisas importantes na minha vida para poder deixar de me sentir ansioso(a) em situações sociais.	5.24	1.75	.53	.89	.48**
7. Preocupo-me demasiado com o facto de estar ou não a sentir-me ansioso(a) em situações sociais.	4.82	1.69	.62	.89	.36**
8. Preocupa-me poder não conseguir controlar a minha ansiedade social.	4.61	1.82	.66	.89	.43**
9. Consigo continuar a tentar atingir objetivos importantes mesmo quando me sinto ansioso(a) em situações sociais.	4.99	1.63	.23	.90	.46**
10. A minha ansiedade social tem de diminuir antes de eu poder dar passos importantes na minha vida	4.10	1.87	.45	.89	.25*
11. A minha ansiedade social não interfere com a maneira como quero viver a minha vida.	4.20	1.95	.26	.90	.46**
12. Dou por mim a pensar muitas vezes na minha ansiedade social.	5.04	1.69	.66	.89	.48**
13. Parece que estou a lutar contra mim próprio em relação à minha ansiedade social.	5.19	1.77	.77	.88	.53**
14. Fico preso a alguns pensamentos que tenho sobre a ansiedade social.	5.04	1.69	.73	.88	.53**
15. Digo a mim próprio que não devia ter certos pensamentos sobre a ansiedade social.	4.76	1.84	.65	.89	.51**
16. Critico-me por ter uma ansiedade social que é irracional ou inapropriada.	5.13	1.78	.75	.88	.52**
17. Acredito que ter pensamentos relacionados com ansiedade social é anormal ou mau e que eu não deveria pensar dessa maneira.	5.24	1.64	.53	.89	.28*
18. Faço julgamentos sobre se os meus pensamentos sobre a minha ansiedade social são bons ou maus.	4.96	1.71	.66	.89	.45**
19. Acho que estou a fazer algo errado quando me sinto ansioso(a) em situações sociais.	4.74	1.72	.57	.89	.52**
Total	4,90		-	.90	.72**

** $p < .01$; * $p < .05$

Como se pode constatar na Tabela 4, todos os 19 itens da escala em

estudo possuem correlações item-total superiores a .30³ exceto os itens 3 (“Não há muitas atividades que eu deixe/pare de fazer quando me sinto ansioso(a) em situações sociais”), o item 9 (“Consigo continuar a tentar atingir objetivos importantes mesmo quando me sinto ansioso(a) em situações sociais”) e o item 11 (“A minha ansiedade social não interfere com a maneira como quero viver a minha vida”) que apresentam uma correlação com o total de .25, .23, .26, respetivamente. É de salientar que não existindo vantagem em retirar qualquer item porque a sua remoção não aumenta o valor da consistência interna do instrumento, foram mantidos todos os itens da escala.

Os resultados obtidos revelaram que a maioria dos itens do SA-AAQ possui uma correlação teste-reteste moderada e significativa. Os itens 10 (“A minha ansiedade social tem de diminuir antes de eu poder dar passos importantes na minha vida”) e o item 17 (“Acredito que ter pensamentos relacionados com ansiedade social é anormal ou mau e que eu não deveria pensar dessa maneira”) apresentaram uma correlação baixa ($r=.25$ e $r=.28$, respetivamente).

3.3. Fidelidade

3.3.1. Consistência interna

A consistência interna do SA-AAQ foi analisada através do cálculo do *alpha* de Cronbach⁴, tendo sido encontrado um valor de .90 para o total da escala na amostra da população em estudo, sendo que este valor de consistência interna é classificada como bom. No que concerne aos fatores do SA-AAQ, foram encontrados valores muito bons de *alpha* =.92 para o fator Aceitação e razoável para o fator da Ação *alpha* =.76.

Estes dados, no seu conjunto sustentam um bom índice de consistência interna do SA-AAQ.

3.3.2. Estabilidade temporal

No que diz respeito à estabilidade temporal do questionário em estudo, este foi administrado uma segunda vez, cinco a seis semanas após a primeira administração, a 145 sujeitos (66 rapazes e 79 raparigas).

O estudo da estabilidade temporal foi efetuado através da correlação de Pearson. O coeficiente teste-reteste para o total da escala foi de $r=.72$ ($p<.01$) (Cf. Tabela 4). Já no que se refere aos fatores, o coeficiente teste-reteste para o fator Aceitação, foi de $r=.68$ ($p<.01$) e para o fator Ação foi de $r=.63$ ($p<.01$). Isto é, a partir das análises realizadas verificámos que o SA-AAQ apresenta boas características em termos de estabilidade temporal.

³ Segundo Almeida e Freire (2008), um coeficiente de correlação item-total não inferior a .20 tende a ser exigido. Kline (2000) adota um critério mais exigente ao sugerir que os itens devem ser selecionados quando apresentam uma correlação com o total superior a .30. Nesta dissertação, serão tidos como referência para o estudo da correlação item-total aqueles indicados por Kline (2000).

⁴ No sentido de avaliar o índice de consistência interna (determinado através do *alpha* de Cronbach), são considerados como valores de referência os estipulados por Pestana e Gageiro (2008), que consideram valores de consistência interna inferiores a .60 como inadmissíveis; entre .61 e .70 como fracos; entre .71 e .80 como razoáveis; entre .81 e .90 como bons; e superiores a .90 como muito bons.

3.4. Validade

3.4.1. Validade convergente

A validade convergente do SA-AAQ e dos seus fatores (Aceitação e Ação) foi analisada através dos coeficientes de correlação de *Pearson* com o total da Versão Breve do Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Adolescentes (SPAI-B), com o Fator de Ansiedade Social e com o fator de Ansiedade Social da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC), com o total da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA), com o total da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A) e com a CAMM. Na medida que o SA-AAQ foi desenhado para avaliar a aceitação especificamente na ansiedade social, espera-se que este obtenha uma correlação negativa com as medidas de ansiedade social e uma correlação positiva com a CAMM que avalia um constructo relacionado, *mindfulness*.

A análise dos coeficientes de correlação (Cf. Tabela 5), mostra que estes variaram entre .20 e .59, ou seja, são correlações baixas a moderadas, todas estatisticamente significativas ao nível de .01 e negativas, com as medidas de ansiedade social. O SA-AAQ total e seu fator Aceitação revelaram uma correlação moderada e positiva com a CAMM ($r=.44$ e $r=.43$, respetivamente).

O fator Ação revelou uma correlação moderada com o SAS-A ($r=.44$) e correlações baixas com as restantes medidas.

Tabela 5. Correlações entre o total e os fatores do SA-AAQ e as medidas de ansiedade social

	SA-AAQ		
	Total	Aceitação	Ação
MASC - Ansiedade Social	-.52**	-.50**	-.26**
EAESSA	-.50**	-.48**	-.27**
SPAI-B	-.57**	-.57**	-.20**
SAS-A	-.59**	-.54**	-.44**
CAMM	.44**	.43**	.19**

** $p < .01$

3.4.2. Validade divergente

Como o intuito de averiguar a validade divergente do SA-AAQ e dos seus fatores (Aceitação e Ação) foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson* com os fatores Ansiedade de Separação e Evitamento do Perigo da MASC e com o CDI. Os valores obtidos encontram-se representados na Tabela 6.

Estas medidas foram escolhidas pelo facto das mesmas serem usadas para avaliar constructos como a ansiedade manifesta e a depressão, que são constructos distintos dos constructos avaliados pelo SA-AAQ.

A análise das associações, mostrou uma magnitude que varia entre muito baixa a moderada, todas estatisticamente significativas ao nível de .01. à exceção do coeficiente de correlação do fator Ação do SA-AAQ com o fator Evitamento do Perigo ($r=.06$) da MASC. Verificou-se que as correlações foram todas negativas à exceção do coeficiente de correlação do fator ação do

SA-AAQ com o fator Evitamento do Perigo da MASC, com o CDI apresentou a magnitude de correlação mais elevada deste segundo conjunto de correlações ($r=.51$).

Tabela 6. Correlações entre o total e os fatores do SA-AAQ com a MASC e CDI

	SA-AAQ		
	Total	Aceitação	Ação
MASC - Evitamento do perigo	-.20**	-.26**	.06
MASC - Ansiedade de Separação	-.36**	-.36**	-.17**
CDI	-.51**	-.43**	-.43**

** $p<.01$

3.4.3. Validade discriminante

Como já foi mencionado anteriormente, para a realização do estudo da capacidade discriminativa do SA-AAQ, foi retirado aleatoriamente um pequeno subgrupo ($N=36$) a partir da amostra geral ($N=599$), de forma a comparar com uma amostra clínica de adolescentes com Fobia Social Generalizada ($N=36$) e com outra de adolescentes com Outras Perturbações de Ansiedade (OPA, $N=25$). Os grupos constituídos revelaram-se equivalentes nas características consideradas (as variáveis género, idade, escolaridade e estatuto socioeconómico), pelo que podemos assumir a equivalência dos três grupos, o que diminui a probabilidade dos resultados obtidos serem devidos a características distintas entre os grupos.

A comparação dos três grupos deste estudo utilizando análises univariadas da variância (ANOVA) e testes *post hoc* de Tukey para localização das diferenças no total da escala, bem como para cada um dos seus dois fatores, permitiu verificar que o grupo de adolescentes com Fobia Social Generalizada (FSG) se distinguiu significativamente dos outros dois grupos. Contudo é de ressaltar que pelo facto de um dos três grupos, nomeadamente o grupo OPA ser constituído apenas por 25 sujeitos, os resultados do presente estudo foram confirmados com análises estatísticas não paramétricas, para a obtenção de uma maior precisão nos resultados alcançados sendo que os resultados da ANOVA foram todos confirmados. A opção a este teste prendeu-se com o facto da ANOVA ser uma prova estatística robusta, isto é, os seus resultados não são enviesados de forma relevante em caso de violações moderadas das suas assunções (Howell, 2002).

Na Tabela 7, foram apresentados os resultados obtidos no total do SA-AAQ e seus fatores, distribuídos pelas três amostras.

No resultado total do SA-AAQ, os adolescentes da PG obtiveram uma média de 91.47 (DP =19.65), enquanto os adolescentes com FSG obtiveram uma média de 69.44 (DP =14.16) e os OPA uma média de 92.96 (DP =16.87), existindo diferenças significativas nas médias dos três grupos [$F_{(2,97)}=20.13$; $p=.000$]. Esta diferença apresentou um tamanho de efeito grande entre os FSG

com os PG ($d = -1.29$)⁵ e um tamanho de efeito muito grande com os OPA ($d = -1.51$). O testes *post hoc* de *Tukey* identificou que os FSG apresentaram pontuações mais baixas do que os PG e do que os OPA, tanto no total da escala como nos seus fatores.

Esta tendência foi encontrada em ambos os fatores do SA-AAQ, onde a média obtida pelos adolescentes da PG no fator Aceitação ($M=61.63$; $DP=15.80$) e no fator Ação ($M=29.83$; $DP=6.81$) foram mais altas do que na amostra clínica de FSG tanto no fator Aceitação ($M=45.22$; $DP=12.95$) como no fator Ação ($M=24.22$; $DP=5.14$). Constata-se que esta diferença é estatisticamente significativa no fator Aceitação [$F_{(2,97)}=17.01$; $p=.000$] e no fator Ação [$F_{(2,97)}=20.13$; $p=.001$] e que tem um tamanho do efeito grande entre as amostra da PG e os FSG ($d = 1.13$) e um tamanho do efeito muito grande entre os adolescentes com OPA e os da PG ($d = 1.38$) no que diz respeito ao fator Aceitação. No que concerne ao fator Ação existe um tamanho do efeito, médio entre os OPA com os FSG ($d = 0.64$) e um grande entre os FSG e os da PG ($d = 0.93$). Estes resultados indicam que os níveis de Aceitação são claramente mais baixos nos adolescentes com FSG.

Tabela 7. Comparação dos resultados obtidos no SA-AAQ e seus fatores pela amostra geral, amostra clínica de adolescentes com Fobia Social Generalizada e Outras Perturbações de Ansiedade. Análise da Variância (ANOVA) para verificação das diferenças. Teste de Tukey para localização das diferenças.

	População Geral		População Clínica				F	p	Post-hoc Tukey
	(N = 36)		FSG		OPA				
	M	DP	M	DP	M	DP			
Aceitação	61.63	15.80	45.22	12.95	64.84	15.33	17.01	.000	FSG<OPA,PG
Ação	29.83	6.81	24.22	5.14	28.11	6.83	8.08	.001	FSG<OPA,PG
SA-AAQ Total	91.47	19.65	69.44	14.16	92.96	16.87	20.13	.000	FSG<OPA,PG

Nota: FSG=amostra clínica de adolescentes com fobia social generalizada; PG=amostra de adolescentes do subgrupo da população geral; OPA=amostra clínica de adolescentes com outras perturbações de ansiedade.

3.5. Dados Normativos

Visando analisar a influência das variáveis gênero e idade sobre a pontuação total do SA-AAQ e dos seus fatores realizou-se a análise multivariada da variância (MANOVA), tendo como variáveis independentes o gênero e a idade, e os fatores do SA-AAQ como variáveis dependentes. Foram realizados alguns testes preliminares para verificar a normalidade, a linearidade, discrepâncias univariadas e multivariadas, homogeneidade das matrizes de variância-covariância e não se observaram violações graves dos

⁵ Na interpretação dos resultados obtidos através do teste *d* de *Cohen* utilizou-se o convencionalizado por *Cohen* (1988) que sugere que o tamanho do efeito das diferenças é nulo sempre que o valor do teste *d* de *Cohen* é inferior a .19; pequeno entre .20 e .49; médio entre .50 e .79 e grande superior a .80. *Rosenthal* (1996) acrescentou a classificação de muito grande sempre que o valor do teste *d* de *Cohen* é superior a 1.30.

pressupostos de normalidade na amostra em estudo. Os efeitos multivariados para a variável género [$\Lambda=.986$; $F_{(1,597)}=4.222$; $p=.015$; $\eta^2=.014$] mostraram-se estatisticamente significativos, mas com um tamanho do efeito baixo, pois só 1.4% dos resultados são explicados pelo género (Pallant, 2010).

Tendo em consideração as diferenças estatisticamente significativas encontradas para o género, mesmo com um baixo efeito, as médias e os desvios padrão das pontuações obtidas no SA-AAQ total e seus fatores foram apresentados na Tabela 8 em função do género.

Tabela 8. Médias e Desvios-Padrão da Pontuação Total do SA-AAQ e dos Fatores que o Compõem, Consoante o Género.

	Masculino		Feminino		Total	
	N=235		N=364		N=599	
	M	DP	M	DP	M	DP
SA-AAQ T	95.97	18.59	91.28	19.32	93.13	19.16
Aceitação	65.78	15.89	62.19	16.52	63.60	16.36
Ação	30.19	6.71	29.10	6.50	29.52	6.60

Nota: M=média, DP=Desvio padrão

Relativamente à influência do género no fator Aceitação, observou-se um efeito significativo [$F_{(1,597)}=5.765$; $p=.017$; $\eta^2=.010$] mas com um tamanho do efeito baixo, ou seja, só 1% dos resultados do fator Aceitação é explicado pelo sexo (Pallant, 2010). No que concerne à influência do género, no fator Ação, verificou-se também um efeito significativo [$F_{(1,597)}=4.786$; $p=.029$; $\eta^2=.008$] mas só 0.8% dos resultados são explicados por género, tendo este um tamanho do efeito baixo (Pallant, 2010).

O efeito da interação da variável género e idade nos fatores do SA-AAQ, não se mostrou significativo [$\Lambda=.979$; $F_{(4,594)}=2.649$; $p=.127$; $\eta^2=.011$].

Os efeitos multivariados para a variável idade [$\Lambda=.988$; $F_{(4,594)}=1.599$; $p=.515$; $\eta^2=.006$] não se mostraram significativos. Relativamente à influência da idade, os resultados não revelaram um efeito significativo no fator Aceitação [$F_{(4,594)}=.391$; $p=.815$; $\eta^2=.003$], nem no fator Ação [$F_{(4,594)}=1.580$; $p=.178$; $\eta^2=.011$].

Seguidamente procedeu-se ao estudo da influência da variável género e idade sobre a pontuação total do SA-AAQ, através da análise univariada da variância (ANOVA). No que concerne ao género, constatou-se que os adolescentes do sexo masculino ($M=95.97$; $DP=18.59$) apresentaram valores mais elevados do que as raparigas ($M=91.28$; $DP=19.32$), sendo esta diferença estatisticamente significativa [$F_{(1,597)}=8.650$; $p=.003$], mas com um tamanho do efeito pequeno ($d=.25$).

No que diz respeito à idade, verificou-se, para a pontuação total do SA-AAQ a ausência de efeitos significativos [$F_{(4,594)}=1.075$; $p=.368$], o mesmo resultado foi observado para o género feminino [$F_{(4,359)}=1.005$; $p=.405$] e no género masculino [$F_{(4,230)}=.948$; $p=.437$].

4. Discussão

Um crescente número de estudos sobre a eficácia de intervenções baseadas em *Mindfulness* e Aceitação para as Perturbações de Ansiedade Social têm vindo a ser desenvolvidos com resultados promissores (Dalrymple

À luz das Terapias de Terceira Geração: Estudo de validação do Questionário de Aceitação e Ação na Fobia Social (SA-AAQ) na População Adolescente
 Patrícia Teixeira Cantarinhas (e-mail:pat.teixeira@hotmail.com) 2013

& Herbert, 2007; Herbert & Cardaciotto, 2005; Kocovski, Fleming, & Rector, 2009; Ossman, et al., 2006). No entanto verifica-se uma falta de especificidade nos instrumentos que medem os processos de mudança nestas intervenções. A fim de conseguir realizar uma investigação mais aprofundada e rigorosa é necessário dispor de instrumentos capazes de medir a flexibilidade psicológica específica de cada perturbação (MacKenzie & Kocovski, 2010). A ACT (Hayes et al., 1999) é uma terapia recente, e o modelo específico para a Fobia Social data apenas de 2005 (Herbert & Cardaciotto). Provavelmente por esse motivo não se encontram estudos de instrumentos em português que meçam a aceitação aplicada a dificuldades sociais. Dada a ausência de um questionário para validar a aceitação e ação com compromisso em indivíduos com Fobia Social, torna-se necessário a criação/adaptação de um instrumento fidedigno e válido para a população portuguesa, mais especificamente, para adolescentes com Fobia Social. No capítulo anterior apresentou-se e descreveu-se os resultados do estudo efetuado. Em seguida, irá proceder-se à discussão dos principais resultados do presente estudo.

A **análise fatorial exploratória** do SA-AAQ compreendeu diversos momentos. A solução fatorial inicial encontrada após rotação ortogonal axial de tipo *varimax*, é composta por três fatores. Embora esta configuração explicasse 57.1% da variância, esta não revelou traduzir nenhuma categorização justificada teoricamente. De facto a versão original do SA-AAQ apontava para dois fatores, tal como o AAQ-16. No entanto, como esses dois fatores apresentavam uma correlação elevada ($r=.70$, $p<.001$), as autoras concluíram que estariam então a medir o mesmo constructo e optaram por uma escala unifatorial. Assim sendo, optou-se por realizar uma segunda análise fatorial exploratória com seleção prévia do número de fatores a reter, que neste caso, foi apenas um. Esta solução fatorial só explicava 37% da variância total. A análise do diagrama de sedimentação (*scree plot*) apontou para uma estrutura de dois fatores. Segundo Stevens (1992), numa amostra com mais de 200 sujeitos, esta análise providencia um critério bastante fidedigno para a seleção do número de fatores. Seguidamente, voltou-se a realizar uma análise fatorial forçada a dois fatores e a correlação entre estes dois fatores era muito baixa ($r=.24$, $p<.001$). Assim, a estrutura fatorial a dois fatores pareceu-nos ser a mais adequada de um ponto de vista psicométrico, uma vez que apresentou uma boa explicação da percentagem da variância (52%) e a menor saturação fatorial da totalidade dos itens foi de .49, como é sugerido por Floyd e Widaman (1995). Sendo a saturação fatorial o grau em que cada variável se correlaciona com um fator, então quanto maior a saturação fatorial maior a relevância de determinada variável na descrição de um fator. Deste modo, as saturações fatoriais da solução de dois fatores (todas acima de .30) parecem traduzir uma boa coerência do constructo latente ao instrumento.

Adicionalmente, a análise paralela *Monte Carlo* confirmou uma solução de dois fatores, que segundo Glorfeld (1995) é considerado um dos procedimentos adequado para determinar o número de fatores a serem retidos.

Deste modo, o SA-AAQ ficou constituído por dezanove itens, distribuídos por dois fatores. O primeiro fator (“Aceitação”) desta solução fatorial é responsável por 37.70% da variância e é composto por 13 itens. O

segundo fator (“Ação”) responsável por 13.78% da variância, composto por 6 itens.

O estudo da correlação interfatores revelou que esta foi positiva, baixa e significativa ($r=.26$; $p<.01$). Este valor entre os dois fatores do SA-AAQ sugere que estes, embora intercorrelacionados, representam subconstructos distintos da flexibilidade psicológica, corroborando a solução estrutural com dois fatores.

Em consonância com esta solução bifatorial, está a literatura que argumenta que a flexibilidade psicológica é uma competência que inclui dois processos mutuamente dependentes: a *aceitação* de experiências e o comportamento (*ação*) baseado nos seus valores (Hayes et al, 2006). Ou seja, uma pessoa psicologicamente flexível está disposta a permanecer em contato com experiências privadas não solicitadas, ao invés de tentar evitar, alterar ou controlá-los. Quando esta luta e tentativa de controlar ou evitar essas experiências privadas não solicitadas é abandonada, um indivíduo pode mudar a sua energia para qualidades ou valores a longo prazo desejados na vida, mesmo na presença de eventos privados indesejados. Uma pessoa pode, então, estar em contato com experiências atuais e escolher ou persistir no comportamento que está em consonância com os valores e objetivos importantes (Ciarrochi, Billich, & Godsell, 2010; Hayes et al., 2006).

Os nossos resultados fatoriais do SA-AAQ confirmam nos adolescentes portugueses os mesmos dois fatores da escala usada por Bond & Bunce (2003) em adultos do Reino Unido, o questionário AAQ-16, que foi a base de construção para o SA-AAQ (MacKenzie & Kocovski, 2010). O SA-AAQ foi construído com base no AAQ-16 e é de salientar que os itens do AAQ-16 foram apenas ligeiramente modificados, a fim de medir o mesmo constructo específico para a ansiedade social (MacKenzie & Kocovski, 2010). Também o AAQ-SA (*Acceptance and Action Questionnaire – Substance Abuse*) é composto por duas subescalas, a escala de Aceitação (que avalia a capacidade de um indivíduo a aceitar memórias relacionadas com a substância e o desejo) e a escala de Ação (que avalia o compromisso com a sobriedade e de se comportar de forma consistente com os valores) (Luoma, et al., 2011). Igualmente em concordância com o presente estudo, está a Escala FAAQ (*Food craving Acceptance and Action Questionnaire*) com dois fatores, avaliando a *Aceitação* de pensamentos angustiantes relacionados com alimentos ou desejos e *Vontade* de se envolver numa alimentação saudável, apesar das experiências anteriores (Juarascio, et al., 2011).

O **estudo dos itens** do SA-AAQ revelou que a larga maioria dos itens apresentou uma correlação item-total positiva e moderada. Este coeficiente de correlação dá-nos o poder discriminativo do item, ou seja, o grau em que o item se diferencia no mesmo sentido da escala global, sendo que valores mais elevados de poder discriminativo dos itens se associam a coeficientes mais elevados de fidelidade da escala uma vez que vão no sentido da sua homogeneidade ou consistência (Almeida & Freire, 2008). Deste modo, tais resultados são relevantes na medida em que sugerem que os 19 itens do SA-AAQ estão formulados no sentido de avaliar o constructo subjacente à globalidade da escala, contribuindo assim para o aumento da sua consistência interna. Salientamos que da totalidade dos itens, apenas os itens 3 (“Não há

muitas atividades que eu deixe/pare de fazer quando me sinto ansioso(a) em situações sociais), 9 (“Consigo continuar a tentar atingir objetivos importantes mesmo quando me sinto ansioso(a) em situações sociais”) e 11 (“A minha ansiedade social não interfere com a maneira como quero viver a minha vida”) revelaram uma correlação item-total abaixo do critério de correlação item-total $>.30$, o que poderia sugerir que a sua eliminação da escala poderia beneficiar a consistência interna do SA-AAQ. No entanto, tal não foi verificado, ou seja, a eliminação dos itens 3, 9 e 11 não aumentaria a consistência interna do SA-AAQ. Posto isto, na decisão de não retirar estes itens da escala não só pesou a razão apontada anteriormente, como também o facto de a escala não ser da nossa autoria. De notar ainda que os itens 13, 14 e 16 revelaram uma correlação alta, o que sugere um maior poder discriminativo.

Relativamente à **fidelidade teste-reteste**, todos os pares de itens apresentaram coeficientes de correlação teste-reteste significativos e, na generalidade, as correlações foram moderadas. No entanto, os resultados correlacionais teste-reteste dos itens 10 e 17 revelaram-se baixos, apesar de serem estatisticamente significativos. Este facto pode, eventualmente, ser explicado por fatores de variabilidade individual dos adolescentes nos dois momentos de aplicação da prova, sejam relativos ao seu estado físico (e.g. fadiga, sono ou saúde em geral) ou ao seu estado psicológico (e.g. emoções experimentadas naquele contexto, motivação ou expectativas).

Em relação à **consistência interna** na nossa investigação, para o total da escala obteve-se uma consistência interna boa com um valor de *alpha* de Cronbach de .90. Foram encontrados valores muito bons de *alpha* ($=.92$) para o fator Aceitação e razoável para o valor da Ação ($=.76$). A elevada consistência interna desta escala, encontrada para a totalidade dos sujeitos constituintes desta amostra parece indicar que os itens do instrumento medem a mesma dimensão ou constructo.

De igual modo, foi encontrada uma boa **estabilidade temporal** para um intervalo de cinco a seis semanas, quer para o total da escala ($r=.72$), quer para cada os dois fatores que a compõem ($r=.68$ para o fator Aceitação e $r=.63$ para o fator Ação). Estes valores sugerem que o SA-AAQ apresenta uma estabilidade temporal alta para o total da escala e uma estabilidade temporal moderada para ambos os fatores. Estes resultados apontam para que o SA-AAQ seja uma medida confiável, pois fornece informação consistente e precisa.

No que concerne ao estudo da validade, o SA-AAQ revelou uma boa **validade convergente** uma vez que tanto o total da escala como os dois fatores apresentaram correlações baixas a moderadas, negativas e significativas com as medidas de ansiedade social utilizadas. Estes resultados estão de acordo com o estudo original (MacKenzie & Kocovski, 2010), na medida em que o SA-AAQ foi concebido para avaliar especificamente a aceitação na ansiedade social, esperava-se que seria negativamente correlacionada com estas medidas de ansiedade social. Estes resultados também estão de acordo com a literatura vigente onde se demonstrou que, quanto mais elevados forem os níveis de aceitação e flexibilidade psicológica nos indivíduos, maior a diminuição nos níveis de ansiedade ao longo do tempo

(Fledderus et al., 2013; Herbert & Cardaciotto, 2005). Na falta de outros instrumentos em Portugal que avaliassem o mesmo constructo que o SA-AAQ, como alternativa comparámos com um instrumento que avaliasse um constructo relacionado, como o *mindfulness*. Tal como era esperado, o SA-AAQ revelou uma correlação positiva com a CAMM, semelhante à obtida no estudo original (MacKenzie & Kocovski, 2010), com correlações moderadas com o total da escala ($r=.44$) e com o fator aceitação ($r=.43$) e muito baixa com o fator Ação. Estes valores coincidem com o estudo original, na medida em que como o SA-AAQ foi desenhado especificamente para medir a ansiedade social, é espectável que possua correlações um pouco altas com as medidas de ansiedade social do que com um constructo semelhante ao que é medido pela CAMM (*mindfulness*). Mais uma vez, o facto de existirem resultados tão distintos, nos valores de correlação da CAMM, entre os dois fatores do SA-AAQ, vem demonstrar que estes medem constructos diferentes e, neste caso específico, a Aceitação está mais relacionada com o *mindfulness* (daí a sua correlação ser mais alta) do que com o constructo da Ação com compromisso. Este facto é congruente com Hayes (2004) que dizem que os indivíduos com elevados níveis de aceitação psicológica produzem perspetivas *mindful* e de não julgamento acerca dos acontecimentos privados.

A magnitude de correlação com a única escala disponível para a população portuguesa para avaliar os níveis de *mindfulness* nos adolescentes (CAMM) permite-nos concluir que, embora esta escala providencie informação semelhante à variável aceitação que também é avaliada pelo SA-AAQ, a CAMM não se sobrepõe ao que é medido pelo nosso instrumento em estudo, reforçando, assim, a pertinência da presente investigação.

No estudo da **validade divergente** do SA-AAQ e dos fatores foram realizadas correlações com os fatores da MASC, Ansiedade de Separação e Evitamento do Perigo e com uma medida de sintomatologia depressiva, designadamente, o Inventário de Depressão para Crianças (CDI), uma vez que estes instrumentos focam constructos distintos. Na análise das correlações, verificou-se, tal como era esperado, que o SA-AAQ apresentou magnitudes de correlação muito baixa e baixa com ambos os fatores da MASC, todas estatisticamente significativas ao nível de .01, à exceção do coeficiente de correlação do fator Ação ($r=.06$) do SA-AAQ com o fator Evitamento do Perigo da MASC, porque não se revelou estatisticamente significativo.

Embora o coeficiente de correlação entre o SA-AAQ e o CDI apresente, como esperado, uma magnitude mais baixa relativamente às magnitudes de correlação entre o SA-AAQ e as medidas de ansiedade social, a correlação é, contudo, significativa e moderada, quer para o total da escala, como nos seus dois fatores. Uma possível explicação para este resultado pode prender-se com o facto de o CDI se constituir como uma medida relativamente inespecífica que avalia, para além dos sintomas específicos de depressão, um fator comum de afeto negativo subjacente, quer às perturbações ansiosas, quer às perturbações depressivas (Clark & Watson, 1991; Treadwell & Kendall, 1996; Watson et al., 1995). Para além disso, é também largamente aceite a elevada comorbilidade entre a ansiedade social e a depressão nos adolescentes (Beidel et al., 2007; Essau, Condradt, & Peterman, 1999), assim como as similitudes entre estes dois tipos de perturbação em termos de experiência de afeto

negativo (Clark & Watson, 1991; Kendall, Kortlander, Chansky & Brady, 1992; Treadwell & Kendall, 1996). Também devemos ter em conta que quando existe sintomatologia depressiva também existe evitamento de situações sociais e quando temos uma medida que vai avaliar quanto é que o adolescente aceita as suas experiências internas, pode resultar numa correlação mais elevada. Deste modo, parece aceitável que estes constructos se correlacionem significativamente e com uma magnitude moderada.

Tal como era esperado, os resultados do presente estudo demonstraram a existência de um padrão de correlações mais baixas entre o SA-AAQ e os fatores Ansiedade de Separação e Evitamento do Perigo da MASC, do que o SA-AAQ e as medidas de ansiedade social. Estes resultados parecem fornecer apoio empírico para a validade deste instrumento.

No que diz respeito à **validade discriminante**, o SA-AAQ revelou-se um instrumento útil e com uma boa capacidade discriminativa. Os resultados apresentaram um excelente valor discriminante em identificar adolescentes com Fobia Social Generalizada de adolescentes com Outras Perturbações de Ansiedade e de adolescentes da população Geral. O SA-AAQ não distinguiu a amostra de adolescentes da população geral com a amostra das Outras Perturbações de Ansiedade. O facto de tanto o total da escala como os seus fatores do SA-AAQ apresentarem diferenças significativas entre o grupo de FSG e ambos os grupos de controlo, atesta a sensibilidade discriminativa destas subescalas para distinguir entre indivíduos com e sem psicopatologia. De uma forma geral, estes resultados indicam, tal como seria de esperar, que são os doentes com fobia social generalizada que têm níveis de aceitação e ação/flexibilidade psicológica mais baixos (Herbert & Cardaciotto, 2005). Estes resultados estão de acordo com estudo recentes sobre diferenças individuais na aceitação, que sugerem que a baixa aceitação é prejudicial para o bem-estar e, em alguns casos, pode levar a problemas de saúde mental e a perturbações mentais (Vasile, 2013).

É de salientar que foram ultrapassadas as limitações enunciadas no estudo da versão original do SA-AAQ, e foram realizados os primeiros estudos de validade discriminante deste instrumento. Conclui-se ainda que as características da presente amostra clínica relativamente à sua distribuição maioritariamente feminina (86.1%) vão de encontro com as investigações existentes com adolescentes (Costello, Mustilllo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003; Dell'Osso et al., 2003; Essau et al., 1999) e adultos (Faravelli et al., 2000; Kessler et al., 1994; Lecrubier et al., 2000; Ohayon & Schatzberg, 2010), indicando uma maior proporção de raparigas do que rapazes, a preencherem os critérios para fobia social.

Por fim, a análise dos **dados normativos** do SA-AAQ permitiu verificar os efeitos do género e idade nas pontuações da escala em estudo, revelando dados importantes.

Relativamente à influência do *género*, quer na pontuação total do SA-AAQ, quer nas pontuações dos fatores, constatou-se que, de um modo geral, os rapazes apresentam valores mais elevados do que as raparigas, sendo esta diferença estatisticamente significativa, embora com um tamanho do efeito baixo, pois só 1.4% dos resultados são explicados pelo género (Pallant, 2010). A magnitude do efeito ou tamanho do efeito, tem um valor informativo

interessante na análise dos resultados, na medida em que, apesar da diferença entre duas médias ser estatisticamente significativa, pode não ter significado substantivo, se for muito pequena. Esta tendência de diferenças de gênero no resultado da presente investigação, parece ser congruente com alguns estudos portugueses, nomeadamente no estudo da escala BI-AAQ (Ferreira, 2011) em que os resultados também mostraram existir diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, com os sujeitos do sexo masculino a apresentarem valores médios superiores em termos de aceitação e ação em relação à imagem corporal, comparativamente com os sujeitos do sexo feminino. No estudo de validação do Questionário de Evitamento Experiencial e Fusão Cognitiva para Adolescentes (AFQ-Y) as raparigas apresentaram valores mais elevados de evitamento e fusão cognitiva, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa (Cunha & Santos, 2011), o que vai de encontro ao resultado obtido na nossa amostra, pois, tal como já referido anteriormente na introdução, o processo oposto ao evitamento experiencial é a aceitação.

Cunha (2005) refere que as preocupações na adolescência começam por remeter para a interação com o sexo oposto; as avaliações académicas vão ganhando maior importância e os adolescentes vão sendo confrontados com o desempenho de tarefas novas, assim como é esperado que assumam determinadas responsabilidades e conquistem a sua autonomia. Ou seja, na nossa amostra podemos hipotetizar que os adolescentes do sexo masculino têm mais facilidade em aceitar estas novas mudanças, estes novos papéis e que têm um padrão de comportamento em maior conformidade com os seus valores e objetivos de vida.

Tendo em conta que o SA-AAQ foi concebido para avaliar especificamente a aceitação na ansiedade social e que os níveis de aceitação e ação com compromisso têm uma correlação negativa com os níveis de ansiedade social, os resultados deste estudo estão de acordo com a literatura que refere que a ansiedade social é mais elevada em raparigas comparativamente com os rapazes (Cunha, Pinto-Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004; La Greca & Lopez, 1998). Também os resultados da investigação de Cunha (2005) corroboram esta tendência, revelando que na população portuguesa as raparigas diferem significativamente dos rapazes em todas as dimensões da ansiedade, apresentando sempre valores superiores de ansiedade social.

No que respeita à *idade*, no estudo do AFQ-Y (Cunha & Santos, 2011) com uma amostra de adolescentes entre os 12 e os 18 anos, verificou-se que eram os adolescentes mais novos que apresentavam valores mais elevados de evitamento e fusão cognitiva. A literatura também aponta, de um modo geral, para um efeito desta variável sobre os níveis de ansiedade social, no qual os adolescentes mais novos apresentam níveis mais elevados de ansiedade social (Cunha, 2005; Essau et al., 1999; La Greca & Lopez, 1998). Contudo, no nosso estudo, a distribuição das pontuações totais não diferiu de modo significativo entre as várias idades. Poderemos é salientar que, para a amostra total, verificou-se que os respondentes do sexo masculino, com 17 anos obtiveram a pontuação mais elevada no total do SA-AAQ ($M=100.50$; $DP=22.56$), enquanto os adolescentes do sexo feminino com 15 anos

apresentaram os valores mais baixos ($M=88.97$; $DP=19.18$). Esta tendência também foi verificada no fator Ação, onde foram os adolescentes do gênero masculino com 17 anos que apresentaram os valores mais altos ($M=32.73$; $DP=1.06$), mas para o fator Aceitação, já foram rapazes de 18 anos ($M=68.71$; $DP=4.36$) que apresentaram pontuações mais elevadas.

5. Conclusões

Aprofundar o conhecimento sobre os efeitos da aceitação e da ação com compromisso na ansiedade social nos adolescentes constituiu o objetivo da presente dissertação, pelo que se procedeu ao estudo aprofundado das características psicométricas do Questionário de Aceitação e Ação na Fobia Social, cujas conclusões se apresentam de seguida.

O SA-AAQ revelou possuir uma estrutura bidimensional, que explica 52% da variância. Pela análise dos itens, revelou um bom comportamento da escala em termos de correlação item-total e correlação teste-reteste para cada item. O SA-AAQ mostrou ser um instrumento fidedigno ao apresentar uma boa consistência interna no total da escala ($\alpha=.90$), nos fatores Aceitação ($\alpha=.92$) e Ação ($\alpha=.76$), assim como uma boa estabilidade temporal para um intervalo de 5 a 6 semanas para o total, ($r=.72$), para o fator Aceitação ($r=.68$) e para o fator Ação. ($r=.63$). Em termos de validade convergente, o SA-AAQ apresentou correlações baixas a moderadas, todas significativas, e, tal como era esperado, negativas com todas as medidas de ansiedade social. Relativamente à sua validade divergente, foram obtidas coeficientes de correlação significativos, embora consideravelmente inferiores, com o CDI, e com os fatores de Evitamento do Perigo e Ansiedade de Separação da MASC. No que diz respeito à sua validade discriminante, o SA-AAQ revelou possuir boa capacidade diagnóstica para identificar adolescentes com fobia social e distinguir adolescentes com fobia social de adolescentes com outras perturbações de ansiedade ou sem psicopatologia. No estudo dos dados normativos, o questionário revelou um efeito significativo da variável gênero, mas com um tamanho do efeito baixo, com os rapazes a apresentarem níveis mais elevados de aceitação do que as raparigas. Não se verificou um efeito significativo para a idade, assim como não se registou um efeito de interação significativo entre o gênero e a idade.

Limitações

Não obstante os resultados obtidos, o presente estudo possui algumas limitações. Uma delas diz respeito à amostra partir da qual foi realizada este estudo que inclui um leque de idades pouco alargado e é circunscrita à zona centro do país, o que não permite a generalização dos resultados obtidos para a população portuguesa. Neste sentido, seria pertinente replicar o mesmo estudo numa amostra maior e geograficamente mais diversificada.

Outra limitação é relativa à análise fatorial que não foi congruente com a escala original, seria importante, em estudos futuros, proceder à análise fatorial confirmatória do SA-AAQ de modo a confirmar a bidimensionalidade do instrumento na população portuguesa.

Acrescente-se que no estudo da validade discriminante os resultados devem ser tidos em conta com a devida precaução considerando a reduzida dimensão dos grupos utilizados neste estudo.

Gostaríamos ainda de salientar a pertinência do estudo deste questionário quando preenchido logo após (ou no momento antes de) uma situação social (ou *in vivo* ou através de *role play*), uma vez que os resultados seriam mais fidedignos e não sujeitos aos enviesamentos que a recordação da situação acarreta.

Não obstante as limitações apontadas, conclui-se que, de um modo geral, o SA-AAQ apresentou boas propriedades psicométricas e é um instrumento bastante útil na medida em que providencia informação acerca dos níveis de aceitação e ação orientadas nos valores, discriminando os adolescentes com ansiedade social de modo rápido e fidedigno.

6. Bibliografia

- Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., & Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 26(3), 393-400.
- 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.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (6ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- American Psychiatric Association. (1980) *DSM-III: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (3rd ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- Armstrong, A. B. (2011). *Acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder* (Doctoral dissertation, Utah State University).
- Armstrong, A. B., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). A Preliminary Investigation of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(2), 175-190. doi: 10.1891/0889-8391.27.2.175
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529-2536.
- Barmish, A. J., & Kendall, P. C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive behavioral therapy for anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 569-581.

- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-12. doi:10.1001/archpsyc.64.8.903
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric Clinics of North America*, 3, 483–524.
- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 21(3), 457-478. doi: 10.1016/j.chc.2012.05.001
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- Beidel, D., Turner, S., Young, B., Ammermann, R., Sallee, F. & Crosby, L. (2007). Psychopathological of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathological. Behavior Assessment*, 29, 47-54.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using Acceptance and Commitment Therapy in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 1-18.
- Block, J. A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. Doctoral dissertation, University at Albany, State University of New York.
- Block, J. A. & Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *Behavior Analyst Today*, 1, 3-10.
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168-189.
- Bond, F.W. & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H. K. Waltz. T. & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Brady, V. P. & Whitman, S. M. (2012). An Acceptance and Mindfulness-Based Approach to Social Phobia: A Case Study. *Journal of College Counseling*, 15(1), 81-96.
- Braekkan K., K., Batten, S., Walser, R., Polusny, M. & Grantz, K., (unpublished). Acceptance and Action Questionnaire-Specific Trauma.

- Brown, L. A., Forman, E. M., Herbert, J. D., Hoffman, K. L., Yuen, E.K., & Goetter, E.M. (2011). A randomized controlled trial of acceptance based behavior therapy and cognitive therapy for test anxiety: A pilot study. *Behavior Modification*, 35, 31–53. doi: 10.1177/0145445510390930
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C. and Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 421–236.
- Carvalho, T., Cunha, M. & Pinto-Gouveia, J. (2011, Abril). *Portuguese version of the Acceptance and Action Questionnaire-Specific Trauma (AAQ-TS): a preliminary study*. Poster apresentado nas II Jornadas Internacionais do CINEICC: Novos olhares sobre a mente, Coimbra.
- Casanova, C. & Salvador, M. C. (2013). *Entrevista Estruturada 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*. Tese de Mestrado em preparação. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cattell, R. B. (1966). "The Scree Test for the Number of Factors." *Multivariate Behavioral Research*, 1 (2), 245-276.
- Chawla, N. & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 871-890.
- Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsel, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. In R. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral Inhibition and Risk for Developing Social Anxiety Disorder: A Meta-Analytic Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1066–1075. doi: 10.1016/j.jaac.2012.08.002
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 930–959.
- Conboy, J. E. (2003). Algumas medidas típicas univariadas da magnitude do efeito. *Análise Psicológica*, 21(2), 145-158.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60 (8), 837-844.

- Coyne, L. W., McHugh, L., & Martinez, E. R. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): Advances and applications with children, adolescents, and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 379-399. doi: 10.1016/j.chc.2011.01.010
- Cunha, M. (1996). *A visão de si mesmo e dos outros na ansiedade social* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cunha, M. (2005). *Ansiedade social na adolescência: avaliação e trajetórias de desenvolvimento*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto-Gouveia, J. (in press). Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM): Estudo das características psicométricas da versão portuguesa. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26.
- Cunha, M., 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., & Santos, A. M. (2011). Estudo das qualidades psicométricas da versão portuguesa do Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y). *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 133-146.
- Cunha, M. & Salvador, M.C. (2000). Fobia Social na infância e adolescência. In J. Pinto-Gouveia (Ed.). *Ansiedade social: da timidez à fobia social* (pp.359-436). Coimbra: Quarteto.
- Cunha, M. & Salvador, M.C. (manuscrito não publicado). A versão Portuguesa da Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência (ADIS-C): um estudo exploratório.
- D**alrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder a pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568. doi: 10.1177/0145445507302037
- Dell'Osso, L., Rucci, P., Ducci, F., Ciapparelli, A., Vivarelli, L., Carlini, M., Rmacciotti, C., & Cassano, G. B. (2003). Social anxiety spectrum. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 286-291. doi:10.1007/s00406-003-0442-5
- Delval, J. (1999). *El desarrollo humano* (4ª Ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAI-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica: formas e contextos*, (vol. VI), 553-564.
- E**ifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change*. New Harbinger Publications.

- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, N., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 368–385.
- Erath, S. A., Flanagan, K. S., & Bierman, K. L. (2007). Social anxiety and peer relations in early adolescence: Behavioral and cognitive factors. *Journal of abnormal child psychology, 35*(3), 405-416.
- Erath, S. A., Flanagan, K. S., Bierman, K. L., & Tu, K. M. (2010). Friendships moderate psychosocial maladjustment in socially anxious early adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology, 31*(1), 15-26. doi: 10.1016/j.appdev.2009.05.005
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 831-843.
- F**aravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., ... Abrardi, L. (2000). Epidemiology of social phobia: A clinical approach. *European Psychiatry, 15*, 17-24.
- Ferreira, C. (2011). *O Peso da Magreza: o corpo como um instrumento de ranking social*. Dissertação apresentada às Provas de Doutoramento na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C. (2011). The Validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*(3), 327-345.
- Fine, K. M., Walther, M. R., Joseph, J. M., Robinson, J., Ricketts, E. J., Bowe, W. E., & Woods, D. W. (2012). Acceptance-Enhanced Behavior Therapy for Trichotillomania in Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 463-471.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., Schreurs, K. M., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy, 51*, 142-151. doi: 10.1016/j.brat.2012.11.007
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment, 7*, 286-299.
- Follette, V. M., Palm, K. M., & Rasmussen Hall, M. L. (2004). Acceptance, mindfulness, and trauma. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioural tradition* (pp. 192–208). New York: Guilford Press.
- Fonseca, A. (1998). A avaliação psicológica da ansiedade em crianças e adolescentes: uma revisão de métodos e instrumentos. *Revista Portuguesa de Pedagogia, XXXII-2*, 59-96.
- Fonseca, H. (2005). *Compreender os adolescentes: um desafio para pais e educadores*. 3ª ed. Lisboa : Presença.

- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior therapy*, *43*, 801-811.
- Franklin, M. E., Best, S. H., Wilson, M. A., Loew, B., & Compton, S. N. (2011). Habit reversal training and acceptance and commitment therapy for tourette syndrome: a pilot project. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *23*(1), 49-60.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*(2), 84-93.
- G**arcía, J. M., & Pérez, M. (2001). ACT as a treatment for psychotic symptoms. The case of auditory hallucinations. *Análisis y modificación de conducta*, *27*(113), 455-472.
- García-Lopez, L. J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., J. Olivares, & Turner, S. (2008). Brief form of the social phobia and anxiety inventory (SPAI-B) for adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, *24* (3), 150-156.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Applying a functional acceptance based model to smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, *35*, 689-705.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *7*, 174-189.
- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America*, *24*, 723-751.
- Gilbert, P. (2009) Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. *15*, 199–208.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*(6), 353–379. doi: 10.1002/cpp.507
- Ginsburg, G. S., Kendall, P. C., Sakolsky, D., Compton, S. N., Piacentini, J., Albano, A. M., ... & March, J. (2011). Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: Findings from the CAMS. *Journal of consulting and clinical psychology*, *79*(6), 806-813. doi: 10.1037/a0025933
- Glorfeld, L. W. (1995). An improvement on Horn's parallel analysis methodology for selecting the correct number of factors to retain. *Educational and Psychological Measurement*, *55*(3), 377-393.

- Greco, L. A. (2003). Balancing acceptance and change in a family-based behavior therapy for teens. In L. A. Greco, *Acceptance and change in adolescence: understanding and applying RFT/ACT through a development lens*. Symposium presented at the World Conference on ACT, RTF, and the New Wave Behavioral Therapies, Linköping, Sweden.
- Greco, L. A., Baer, R. A., & Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment, 23*(3), 606.
- Greco, L. A., Blackledge, J. T., Coyne, L. W., & Ehrenreich, J. (2005). Integrating acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders: Acceptance and commitment therapy as an example. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New York: Springer Science.
- Greco, L. A., & Eifert, G. H. (2004). Treating parent-adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an integrative family therapy?. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(3), 305-314.
- Greco, L. A., & Hart, T. A. (2005). Diabetes Acceptance and Action Scale for Children and Adolescents. Available from LA Greco at Department of Psychology, University of Missouri, St. Louis.
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the avoidance and fusion questionnaire for youth. *Psychological Assessment, 20*, 93–102.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*(2), 336.
- H**ayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13–32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639–665.
- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness, 2*, 86-94. doi: 10.1007/s12671-011-0046-5
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1-25.

- Hayes, S. C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and commitment therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie*, *36*, 69-96.
- Hayes, S. C., & Pankey, J. (2002). Experiential avoidance, cognitive fusion, and an ACT approach to anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*(3), 243-247.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Derweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*, 232-236.
- Herbert, J. D., & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and mindfulness based perspective on social anxiety disorder. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 189-212). New York: Springer Science.
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, *30*, 179-85.
- Howell, D. (2002). *Statistical methods for psychology* (5th ed.). Duxbury: Pacific Grove.
- J**uarascio, A., Forman, E., Timko, C. A., Butryn, M., & Goodwin, C. (2011). The development and validation of the food craving acceptance and action questionnaire (FAAQ). *Eating behaviors*, *12*, 182-187.
- K**aiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, *39*(1), 31-36.
- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *4*(1), 37-61.
- Kendall, P. C., Kortlander, E., Chansky, T., & Brady, E. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment. *Journal of Consulting and clinical psychology*, *60* (6), 869-880.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Khalid-Khan, S., Santibanez, M., McMicken, C., & Rynn, M. A. (2007). Social anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Pediatric Drugs*, *9*, 227-237.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing*. Psychology Press.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, *21* (4), 995-998.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*(3), 276-289.

- L**a Greca, A. M (1998). *Manual and instructions for the Social Anxiety Scales for Children and for Adolescents*. University of Miami, Coral Glabbes, Florida.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of abnormal child psychology*, 26(2), 83-94.
- Lecrubier, Y., Wittchen, H. U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A., & Knapp, M. (2000). A european perspective on social anxiety disorder. *European Psychiatry*, 15, 5-16.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 372-378.
- Lundgren, T., Dahl, J., & Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 225-235.
- Luoma, J. B., Drake, C., Hayes, S. C., Kohlenberg, B. (2011). Substance Abuse and Psychological Flexibility: The Development of a New Measure. *Addiction Research and Theory*, 19, 3-13.
- M**achado, J. P. (1990). *Dicionário etimológico da língua portuguesa* (Vol. 3). Lisboa: Livros Horizonte.
- MacKenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2010). Self-Reported Acceptance of Social Anxiety Symptoms: Development and Validation of the Social Anxiety-Acceptance and Action Questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 214-232.
- March, J. S. Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Connors, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- Martins, M. J., Vieira, S. & Salvador, M. C. (2011). Tradução do Questionário de Aceitação e Ação na Fobia Social, manuscrito não publicado
- Marujo, H. M. (1994). *Síndromas depressivos na infância e adolescência*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470. doi: 10.1016/S0005-7967(97)10031-6
- McCracken, L.(1999). Behavioral constituents of chronic pain acceptance: Results from factor analysis of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire. *Journal of Back Musculoskeletal Rehabilitation*, 13, 93–100.
- McCracken, L., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164–169.

- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*(1), 159-166.
- Metzler, C. W., Biglan, A., Noell, J., Ary, D. V., & Ochs, L. (2000). A randomized controlled trial of behavior intervention to reduce high-risk sexual behavior among adolescents in STD clinics. *Behavior Therapy, 31*, 27-54.
- Moitra, E., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2008). Behavioral avoidance mediates the relationship between anxiety and depressive symptoms among social anxiety disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(7), 1205-1213.
- Moore, D., Wilson, K. G., Wilson, D. M., Murrell, A. R., Roberts, M., Merwin, R. (2003). *Treating at-risk youth with an in-school acceptance and commitment training program*. Paper presented at the 2003 meeting of Association for Behavior Analysis, San Francisco.
- Morris T, Greco L. (2002) Incorporating parents and peers in the assessment and treatment of childhood anxiety. In: VandeCreek L, Jackson TL, editors. *Innovations in clinical practice: a source book*, vol. 20. Sarasota (FL): Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; p. 75–85.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W., & Wilson, K. G. (2004). ACT with children, adolescents, and their parents. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A Practical Guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- Neal, J. A., Edelman, R. J., & Glachan, M. (2002). Behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression: is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 361-374.
- Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2010). Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research, 68*, 235-243. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.07.018
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in group treatment for Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3*, 397-416.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano-Soriano, C. (2006). ACT y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 6*(1), 1-20.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual*. 4th edition. Sidney: Open University Press.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edição Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J. (Ed.). (2000). *Ansiedade social: Da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto Editora.

Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A. & Xavier, A. (2013). *Experiential avoidance in clinical and nonclinical samples*. Manuscrito em Preparação

Rao, P.A., Beidel, D.C., Turner, S.M., Ammerman, R.T., Crosby, L.E., & Sallee, F.R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1181-1191.

Reijntjes, A., Dekovic, M., & Telch, M. J. (2007). Support for the predictive validity of the SASC-R: Linkages with reactions to an in vivo peer evaluation manipulation. *Journal of anxiety disorders*, 21(7), 903-917.

Rosenthal, J.A. (1996), "Qualitative descriptors of strength of association and effect size," *Journal of Social Service Research*, 21(4): 37-59.

Russ H, & Hayes M. (2009) *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland (CA): New Harbinger Publications.

Ruiz, F. J., & Luciano, C. (2009). Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas. *Psicothema*, 3 (21), 347-352.

Salvador, M. C. (1997). *Processamento de informação na fobia social: O teste de Stroop modificado*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.

Salvador, M. C. (2009). "Ser eu Próprio entre os outros": *Um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.

Sandoz, E. K. (2010). *Assessment of Body Image Flexibility: An Evaluation The Body Image - Acceptance and Action Questionnaire*. Unpublished dissertation. University of Mississippi.

Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kate Kellum, K. (2013). Assessment of Body Image Flexibility: The Body Image–Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 39-48. doi: 1.1016/j.jcbs.2013.03.002

Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., & Campeas, R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322-331.

Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., Farhall, J., Hayes, S. C., & Copolov, D. (2007). The voices acceptance and action scale (VAAS): Pilot data. *Journal of clinical psychology*, 63, 593-606.

Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais*. Lisboa: Climepsi.

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.

- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Singh, A. N., Winton, A. S. W., Singh, J., McAleavey, K. M., et al. (2008). A mindfulness-based health wellness program for an adolescent with Prader-Willi syndrome. *Behavior Modification, 32*, 167–181.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry, 58*(3), 251-256. doi: 10.1001/archpsyc.58.3.251
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- T**eachman, B. A., & Allen, J. P. (2007). Development of social anxiety: Social interaction predictors of implicit and explicit fear of negative evaluation. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(1), 63-78.
- Treadwell, K. R., & Kendall, P. C. (1996). Self-talk in anxiety-disordered youth: States of Mind, content specificity, and treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 941-950.
- Turner, S. M., Biedel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirical derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 35-40.
- Twohig, M. (2012) Introduction: The Basics of Acceptance and Commitment Therapy, *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 499-507.
- Twohig, M. P., Masuda, A., Varra, A. A., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety disorders. In *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety* (pp. 101-129). Springer US.
- V**asile, C. (2013). An Evaluation of Self-acceptance in Adults. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 78*, 605-609.
- Velting, O. N., & Albano, A. M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(1), 127-140.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., & Devulder, J. Van Houdenhove. B., De Corte, W.(2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental wellbeing in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain, 106*, 65-72.
- Vieira, S. (2011). *O Papel da Aceitação Experiencial na Ansiedade Social em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado, não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Vieira, S., Salvador, M. C., Matos, A. P., Garcia-Lopez, L. J., & Beidel, D. C. (2013). Inventário de Fobia y Ansiedad Social (Versión Breve): propiedades psicométricas en una muestra de adolescentes portugueses. *Psicologia Conductual/ Behavioral Psychology, 1*, 25-35.

- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., et al. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, *359*, 2753–2766.
- Watkins, M.W. (2000). *Monte Carlo PCA for parallel analysis* [computer software]. State College, PA: Ed & Psych Associates.
- Watson, D., Clark, A. L., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, *104* (1), 15-25.
- Wicksell, R. K., Dahl, J., Magnusson, B., & Olsson, G. L. (2005). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: a case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, *12*(4), 415-423.
- Wicksell, R. K., Melin, L., & Olsson, G. L. (2007). Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain—a pilot study. *European Journal of Pain*, *11*(3), 267-274.
- 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.