



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O Contributo de Variáveis Evolucionárias nos
Processos Atencionais na Perturbação de Ansiedade
Social**

Filipa Fernandes (e-mail: filipa.fernandes2590@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subespecialização em
Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações
Psicológicas e da Saúde sobre a orientação da Professora Doutora
Maria do Céu Salvador

**O Contributo de Variáveis Evolucionárias nos
Processos Atencionais na Perturbação de Ansiedade
Social**

Ana Filipa Oliveira Fernandes

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



Agradecimentos

À Professora Doutora Maria do Céu pelo pela orientação incansável, pelos esforços, pelo bom humor em todos os momentos, pela inesgotável paciência e acima de tudo pelo seu lado humano, que serve de exemplo para todos. Para si, não chegam mil agradecimentos por tamanha dedicação.

À Dr^a Fátima Carvalho, à Professora Doutora Paula Castilho, ao Dr. Vasco Nogueira, à Dr.^a Lúcia Fonseca, ao Dr. Fernando Pocinho, à Dr^a Ana Melo e à Dr^a Joana pelo voto de confiança ao nos autorizarem a realizar as entrevistas.

A todas as pessoas que se disponibilizaram a preencher um questionário que todos sabemos que não é curto nem fácil, principalmente, aos doentes que confiaram em nós e partilharam connosco os seus medos.

E porque uma tese não se faz sozinho, ao meu grupo de tese, Diana, Fabiana, Daniel e Joana, pela partilha sempre presente, pelas noitadas intermináveis que seriam mais difíceis de ultrapassar sem a vossa presença e acima de tudo pelos risos e boa disposição, mesmo quando as olheiras já acusavam o cansaço.

Às minhas amigas de Coimbra: à Catarina por estes 5 anos de amizade, lealdade, partilha e confiança; à Diana pela amizade, generosidade e disponibilidade a qualquer hora do dia; à Carla pela amizade, sabedoria e pela tranquilidade transmitida em todas as conversas; à Vanessa por ter sido uma grande surpresa neste ano.

Às colegas de casa: à Pati pelos cozinhados, à Flávia pela amizade, apoio, calma e conscienciosidade; à Félix pelos largos anos de partilha e confiança; à Catarina, a minha parceira perfeita de sueca, pelo carinho, simpatia e tranquilidade; à Vera pela boa disposição constante e mais ao mais recente novo hóspede, David, pelas eternas resmunguices.

Às amigas da Ponte: à Calhau pelos anos de amizade, apoio nos momentos difíceis e pelas recordações de uma adolescência feliz: à Rita Varela pela infância partilhada nas festas do Pijama e nas nossas aventuras infantis desde os nossos 5 anos; à Graça pelos seus disparates e pela bondade; à Duarte pelas parvoíces constantes e vontade querer ajuda; à Céu pela cordealidade e sensatez; à Tânia pela animação e boa disposição e porque não se esquece quem está longe e já nos fez feliz, à Ana pelas longas tardes de verão passadas juntas.

Em destaque especial, aos meus pais, que me deram uma oportunidade que nunca tiveram: à minha mãe por me ter ensinado os valores essenciais na vida, por nunca ter desistido, por dar o tudo por tudo e por ser mãe todas as horas no verdadeiro sentido da palavra; ao meu pai por me ter acolhido, por dar o que tem e o que não tem e porque com ele aprendi que é com trabalho que tudo se consegue.

Às minhas manas lindas por serem do melhor que tenho, por serem eternamente as minhas pequeninas. Foi com vocês que aprendi, cresci e me tornei no que sou hoje.

Ao meu amor, Luís, por ter partilhado esta experiência comigo, por ter vivido esta cidade como sendo sua também, pela dedicação sempre atenta e por acreditar quando eu própria já não acreditava. Acima de tudo, por me mostrar todos os dias que o amor incondicional existe e ter tornado a minha vida num sonho bom.

A todas as pessoas que de uma maneira ou de outra se cruzaram comigo e tornaram este percurso como um dos mais inesquecíveis na vida de qualquer estudante.

Obrigado a ti Coimbra, “por me teres ensinado a amar de corpo inteiro e tripas de fora. Se hoje consigo amar como gente crescida a ti te devo. Serás sempre recordada por nós como a ponte entre a nossa meninez e a idade adulta. Tenho pena de quem não teve o prazer de te conhecer.” Até sempre!

Nota introdutória

A relação entre ansiedade social e atenção autofocada tem sido verificada por diversos estudos (Bögels & Mansell, 2004; Hoffman, 2000; Woody & Rodriguez, 2000; Zou, Hudson & Rapee, 2007). No entanto, a associação deste tipo de variáveis com variáveis evolucionárias não está amplamente estudada.

A presente dissertação contém como primeiro estudo a análise da dimensionalidade e das características psicométricas da Escala de Atenção Autofocada (SFA: Bögels, Alberts & Jong, 1996) para que possa ser utilizada em futuras investigações e que permita uma avaliação mais minuciosa na prática clínica deste processo atencional em indivíduos com Perturbação de Ansiedade Social. Esta aferição oferece uma avaliação mais pormenorizada que a do instrumento já existente em Portugal, pois distingue os domínios deste constructo: atenção autofocada no comportamento e atenção autofocada na ativação fisiológica. No segundo estudo desta dissertação, numa amostra com 32 indivíduos com Perturbação de Ansiedade Social, pretendeu averiguar-se se variáveis oriundas da perspetiva evolucionária podiam mediar esta relação, nomeadamente a vergonha e o autocriticismo.

Relativamente aos resultados, a SFA demonstrou ser uma escala com boas características psicométricas ao nível da consistência interna, estabilidade temporal, sensibilidade, validade convergente e validade discriminante da escala, possibilitando a realização do segundo estudo com um instrumento útil e fidedigno. Os resultados obtidos neste segundo estudo revelaram associações positivas e significativas entre a medida de atenção autofocada e as medidas de autocriticismo e vergonha, em que todas estas variáveis são predictoras de ansiedade social. Verificou-se ainda que a vergonha interna tinha um efeito mediador na relação entre ansiedade social e atenção autofocada no comportamento, mesmo quando controlada a depressão.

Lista de Artigos

Os artigos incluídos nesta dissertação são os seguintes:

- I. Fernandes, F. & Salvador, M. C. (2014). *Validação da Escala de Atenção Autofocada para a população adulta*. Manuscrito em Preparação.

- II. Fernandes, F. & Salvador, M. C. (2014). *O Contributo de Variáveis Evolucionárias nos Processos Atencionais na Perturbação de Ansiedade Social*. Manuscrito em preparação.

Artigo I

Fernandes, F. & Salvador, M.C. (2014). *Validação da Escala de Atenção Autofocada para a população adulta*. Manuscrito em Preparação.

Aferição e Validação da Escala de Atenção Autofocada (SFA)

Ana Filipa Oliveira Fernandes¹

Maria do Céu Salvador¹

¹Universidade de Coimbra

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Ana Filipa Fernandes

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: filipa.fernandes2590@gmail.com

Resumo

A Perturbação de Ansiedade Social (PAS) é, essencialmente, caracterizada pelo medo ou ansiedade de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo está exposto ao escrutínio dos outros (APA, 2013). Um dos processos atencionais responsável pela exacerbação e manutenção desta perturbação é a atenção autofocada (Clark & Wells, 1995), que consiste na direção dos recursos atencionais para a experiência interna (Carver & Scheier, 1981)

Em Portugal não existe nenhum instrumento que avalie os domínios específicos da atenção autofocada numa situação social. Com o objetivo de colmatar esta falha, o presente estudo pretendeu aferir e validar para a população adulta portuguesa a Escala de Atenção Autofocada (SFA: Bogels, Alberts & Jong, 1996) para que se possa avaliar este construto de um modo adequado em indivíduos com PAS. A amostra ficou composta por 302 indivíduos (53 % do género feminino e 47% do género masculino). A estrutura fatorial foi de encontro à original, ou seja, uma estrutura bifatorial: Atenção Autofocada no Comportamento e Atenção Autofocada na Ativação Fisiológica. Por sua vez, as propriedades psicométricas revelaram-se boas ao nível da consistência interna, estabilidade temporal, sensibilidade e validades convergente e discriminante.

Dadas as suas boas características psicométricas e tendo em conta que este quadro clínico tem uma prevalência de 13 % em Portugal, a SFA vem acrescentar à prática clínica e investigação uma avaliação mais minuciosa de um dos principais fatores de manutenção da PAS.

Palavras-Chave: Atenção Autofocada, SFA, Perturbação de Ansiedade Social

Abstract

The main characteristic of a Social Anxiety Disorder (SAD) is, basically, the fear or anxiety of a certain social situation, when an individual is exposed to the scrutiny of others (APA, 2013). One of the attentional processes responsible for the exacerbation and maintenance of this disorder is self focused attention (Clark & Wells, 1995), that consists in directing the attentional resources to an internal experience (Carver & Scheier, 1981)

In Portugal there are no instruments to evaluate the specific domains of the Self-focus attention in a social situation. In order to overcome this obstacle, the present study tried to assess and validate the Self-Focus Attention Scale (SFA: Bogels, Alberts & Jong, 1996) to the adult Portuguese population, to reliably assess this construct in individuals with SAD. The sample was composed by 302 individuals (53% females and 47% males). The factorial structure replicated the original bifactorial structure: Self Focusing Attention in Behavior and Self Focusing Attention in Physiological Activation. Furthermore, the SFA has shown good psychometric properties: good internal consistency, sensibility, and convergent and divergent validities.

Given the sound psychometric characteristics and considering the high prevalence of this disorder (13% in Portugal), the SFA will add an important and reliable resource to clinic practical and research of one of the main maintenance factors of SAD.

Key-Words: Self-focus Attention, SFA, Social Anxiety Disorder

A Ansiedade Social é uma experiência comum a todos os seres humanos, adaptativa e relacionada com a estrutura social de grupo e organização hierárquica. Não compromete o funcionamento social adequado, podendo até beneficiá-lo, uma vez que a preocupação com a opinião dos outros pode inibir comportamentos socialmente inaceitáveis, incentivar a obediência de regras, motivar para uma melhor preparação e desempenho de uma variedade de tarefas sociais (Pinto-Gouveia, 2000). Contudo, alguns indivíduos experienciam-na de uma forma tão elevada que pode interferir no seu funcionamento social, ocupacional e causar sofrimento clinicamente significativo, tratando-se de uma Perturbação de Ansiedade Social (PAS) (APA,2013).

A PAS é marcada por um medo ou ansiedade de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo está exposto ao escrutínio dos outros (APA, 2013). Como tal, evitam situações em que são alvo de atenção por parte dos outros, tais como iniciar conversas com pessoas novas, falar com figuras de autoridade, comunicar com pessoas do sexo oposto, falar ao telefone, estar em locais com muitas pessoas e medo de realizar acções particulares na presença dos outros, tais como, escrever, comer, beber e urinar em casas de banho públicas (APA, 2013; Eifert & Forsyth, 2005; Rapee & Sanderson, 1998). Quando não evitam a situação, esta é enfrentada com medo intenso. De salientar ainda que para o diagnóstico ser considerado, a ansiedade ou evitamento têm que ser persistentes pelo menos nos últimos 6 meses, não são proporcionais ao contexto sócio-cultural e não podem ser melhor explicados por outra perturbação, estado físico geral e consumo de substâncias. (APA, 2013).

Estima-se que a prevalência desta Perturbação durante 1 ano seja de 0.5 – 2.0% no Mundo e 2.3 % na Europa (APA, 2013) . Contudo, ao longo da vida estima-se que seja de 3 a 13 %. (APA, 2002), sendo mas comum nas mulheres. Em Portugal, num estudo transversal de Pinto Gouveia, Cunha & Salvador (1997) verificou-se que 13% dos

respondentes preenchem critérios para PAS. A PAS tende a ter início na puberdade, estimando-se que em 90% dos indivíduos se inicie antes dos 25 anos (Eifert & Forysth, 2005). Tende a seguir um curso crónico (Beidel, Fink, & Turner, 1996) e a ser altamente comórbida (APA, 2013, Ruscio, Brown, Chiu, Sareen, Stein & Kessler 2008).

A relação da atenção com as perturbações de ansiedade em geral e com a PAS em particular tem sido amplamente estudada. Várias teorias propõem que os indivíduos dirigem a atenção de duas maneiras diferentes: externamente, em que a atenção é dirigida para a pessoa, acontecimento, ambiente ou tarefa; internamente (atenção autofocada), ou seja, a atenção é dirigida para aspetos do sujeito, tais como, pensamentos, sentimentos e comportamentos (Buss, 1980; Carver & Scheier, 1982; Duval & Wicklund, 1972). Este último tipo de direcionamento da atenção pode gerar afeto negativo (Carver & Scheier, 1981), sendo que este mecanismo tem-se revelado correlacionado positivamente com várias perturbações, principalmente com as Perturbações de Ansiedade, incluindo a PAS (Bogels & Mansell, 2004; Carver & Scheier, 1986).

Vários estudos evidenciam uma relação causal entre atenção autofocada e e ansiedade social elevada defendendo que esta desempenha um papel funcional na exacerbação e manutenção da ansiedade social (Hoffman, 2000; Zou, Hudson & Rapee, 2007). O modelo Cognitivo de Clark e Wells (1995), que integra vários contributos de modelos feitos anteriormente (Beck, Emery Greenberg, 1985; Butler, 1985; Hartman, 1983; Heimberg e Barlow, 1988; Leary, 1983; Salvoskis, 1991; Trower & Gilbert, 1989) e que é o mais amplamente estudado, atribui à atenção autofocada um papel de destaque na manutenção desta perturbação. A atenção autofocada: (a) provoca um efeito intensificador das sensações corporais de modo a que um sintoma leve pareça intenso; (b) o facto de se focar essencialmente em estímulos internos e reduzidamente em estímulos

externos causa um enviesamento e défice na interpretação dos sinais de comunicação dos outros; (c) ao focar-se no seu comportamento, sintomas cognitivos e somáticos da ansiedade, o indivíduo constrói uma imagem de si que assume como sendo a mesma que os outros têm (Clark & Wells, 1995), como se se observasse a si mesmo a partir de um ponto de vista exterior (Pinto-Gouveia, 2000). Assim, foi sugerido que uma interação social bem-sucedida requer um equilíbrio adequado entre a atenção autofocada e a atenção focada para o exterior (Wells & Mathew, 1994).

Posto isto, torna-se pertinente a existência de medidas que avaliem este construto, e que permitam uma avaliação e intervenção adequadas em indivíduos com PAS, bem como a uma melhor investigação acerca deste construto.

A *Escala de Consciência de Si Próprio* (SCS: *Self-Consciousness Scale*; Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975) foi o primeiro instrumento para a avaliação de aspetos da atenção autofocada. Esta escala avalia as tendências disposicionais para focar a atenção sobre si próprio, referida por estes autores como autoconsciência. A estrutura fatorial desta escala inclui 3 fatores: (1) autoconsciência privada, que se refere a consciência dos seus próprios pensamentos e sentimentos; (2) autoconsciência pública, referente a uma consciência de si enquanto objeto social; (3) ansiedade social, cuja atenção incide no desconforto que é sentido na presença do outro. Foi encontrada uma correlação muito baixa entre a subescala autoconsciência privada e a subescala de autoconsciência pública. No que respeita à consistência interna calculada através de um alpha de *Cronbach*, o fator autoconsciência privada obteve um valor fraco (.69), enquanto que tanto o fator autoconsciência pública como o que se refere à ansiedade social obtiveram valores razoáveis (.79 e .71, respetivamente). Por sua vez, o teste-reteste revelou uma correlação de magnitude elevada para os três fatores (autoconsciência privada: .76; autoconsciência pública: .74; ansiedade social: .77).

Também o *Questionário do Focus de Atenção* (FAQ: *Focus of Attention Questionnaire*; Woody, Chambless, & Glass, 1996; versão portuguesa para adolescentes: Fontinho & Salvador, 2014) é uma escala de auto-resposta composta por 11 itens respondida numa escala de likert de 1 (“Nada”) a 5 (“Totalmente”) que avaliam o focus de atenção através de uma estrutura bifatorial: a Atenção Autofocada (FAQ_{self}), que avalia a monitorização do próprio comportamento ou nível de ansiedade; e Atenção Focada nos Outros (FAQ_{externo}), que mede a atenção dirigida aos outros ou ambiente externo. Relativamente às características psicométricas da versão original, o total dos itens obteve uma consistência interna razoável (.76) no total. Quanto aos fatores, ambos demonstraram uma consistência interna razoável, em que o FAQ_{self} obteve um Alpha de Cronbach de .76 e o FAQ_{externo} .72. Relativamente à correlação entre as duas subescalas, esta foi de -.07, o que representa uma relação negativa muito baixa. Apresentou boa validade convergente. No que concerne à Versão Portuguesa para Adultos (Fernandes & Salvador, 2014), tanto o total como o FAQ_{self}, obtiveram um Alpha de Cronbach bom (.89 e .86, respetivamente), e o FAQ_{externo} obteve um Alpha de Cronbach razoável (.78). A correlação entre os dois fatores foi moderada ($r=.68$). No que respeita à estabilidade temporal, esta revelou-se moderada tanto no FAQ_{self} (.67), como no FAQ_{externo} (.62). De salientar ainda, uma boa validade convergente e discriminante. A Versão Portuguesa para Adolescentes (Fontinho & Salvador, 2014) foi estudada numa população dos 14 aos 18 anos. Obteve um Alpha de Cronbach fraco (.66) para o total da escala., mas razoável para os fatores (FAQ_{self} .79 e FAQ_{externo} .73).

Finalmente, a *Escala de Atenção Autofocada* (SFA: *Self-focused Attention Scale*; Bögels, Alberts, & De Jong, 1996; versão portuguesa para adolescentes: Fontinho & Salvador, 2014) avalia a atenção autofocada em situações sociais através de dois

fatores: Atenção auto-focada no comportamento ($SFA_{comp.}$) e Atenção Autofocada na ativação fisiológica ($SFA_{ativ.}$). É um questionário de auto-resposta com 11 itens em que o respondente assinala a resposta numa escala de Likert de 0 (“Nunca”) a 4 (“Quase sempre”). A análise da estrutura fatorial permitiu manter os mesmos fatores da versão original. Relativamente à consistência interna, na versão original, a escala apresentou um Alpha de *Cronbach* de .88 para total e de .86 e .78 respetivamente para a $SFA_{comp.}$ e $SFA_{ativ.}$. Na versão Portuguesa para adolescentes obteve uma consistência interna muito boa para o total (.91) e $SFA_{comp.}$ (.93) e boa (.83) para o $SFA_{ativ.}$. A estabilidade temporal foi moderada para o total (.65) e fatores (.57 para o $SFA_{comp.}$ e .65 para o $SFA_{ativ.}$) e foi confirmada a sua validade convergente e discriminante.

Este estudo pretendeu adaptar e estudar a SFA na população adulta, visto que, em Portugal, este questionário está estudado apenas para a população adolescente. Nomeadamente pretendeu estudar-se a sua estrutura dimensional, as suas características psicométricas e elaborar os dados normativos para a população adulta Portuguesa. Espera obter-se uma estrutura bifatorial semelhante à da versão original, bons valores de consistência interna e estabilidade temporal e boas validades.

Metodologia

Participantes

Os participantes deste estudo têm idades superiores a 18 anos e estão divididos em duas amostras: amostra da população geral e amostra clínica de indivíduos com PAS. Seguidamente procede-se à descrição de ambas as amostras.

Amostra da população geral

A amostra ficou constituída por 302 sujeitos com idade superior a 18 anos da população geral e universitária, em que se pretendeu um número equilibrado entre indivíduos do sexo masculino e feminino. Foi recolhida nas zona norte, centro e sul do país. Os critérios de exclusão foram os seguintes: (1) indivíduos com uma idade inferior a 18 anos, sendo que não foi definido um limite superior; (2) evidência de dificuldades de compreensão que prejudicassem o correto preenchimento dos questionários; (3) preenchimento incompleto do protocolo de investigação. No Quadro 1, é apresentada a amostra da população geral no que respeita ao género, idade, escolaridade e ocupação.

De salientar que foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino ao nível da distribuição da variável idade, revelando que, nesta amostra, os indivíduos do sexo masculino obtiveram uma idade superior à dos indivíduos do sexo feminino.

Quadro 1

Caraterísticas demográficas da amostra da população geral: idade, género, escolaridade e nível sócio-económico (N=302); testes t para amostras independentes e Quiquadrado para análise das diferenças entre géneros

	Amostra total		Género feminino		Género masculino		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Género	302	100	160	53	142	47		
Escolaridade							3.67	.16
Ensino Básico	45	14.9	18	11.3	27	19		
Ensino Secundário	168	55.6	94	58.8	74	52.1		
Ensino Superior	89	29.5	48	30	41	28.9		
Nível Socio-Económico							6.45	.09
Nível Baixo	82	27.2	40	25	42	29.6		
Nível Médio e Alto	52	17.2	22	13.8	30	21.1		
Desempregado e reformado	18	6	13	8.1	5	3.5		
Estudante	150	49.7	85	53.1	65	45.8		
	M	DP	M	DP	M	DP	t	
Idade	28.2	11.02	26.87	10.69	30.03	11.34	2.491	.01

Amostra Clínica

Para possibilitar o estudo da sensibilidade, a presente investigação incluiu uma amostra clínica constituída por 32 sujeitos com diagnóstico principal de PAS. Dos 32 sujeitos, 25 eram do género feminino (78.10%) e 7 do género masculino (21.90%). As idades estavam compreendidas entre 18 e 59 anos ($M = 26.78$, $DP = 9.22$). Acrescentar que 4 indivíduos possuíam um nível socioeconómico baixo (12.50%), 3 um nível médio (9.40%) e 2 tinham um nível alto (6.30%). A maioria eram estudantes (20 indivíduos, i.e., 62.50%) e 3 sujeitos estavam desempregados (9.40%). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nem na idade ($t_{(30)} = .76$, $p = .452$) nem no nível socioeconómico ($\chi^2_{(4)} = 2.26$, $p = .689$), em relação ao género.

Os critérios de exclusão foram semelhantes aos descritos anteriormente na amostra geral, acrescentando que foram também excluídos todos os indivíduos que após a realização da entrevista clínica não preenchessem critérios para um diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Social ou pontuassem somente no especificador de desempenho da PAS

Subamostra da população geral

O presente estudo incluiu ainda uma subamostra da população geral para a análise da sensibilidade da escala. Para esta subamostra foi retirado aleatoriamente um pequeno subgrupo ($n = 32$) a partir da amostra geral ($N = 302$), com o cuidado de manter o mesmo número de elementos por género comparativamente à amostra da população clínica.

Instrumentos

A *Escala de Atenção Autofocada* (SFA: *Self-focused Attention Scale*; Bögels, Alberts, & De Jong, 1996; versão portuguesa para adolescentes: Fontinho & Salvador,

2014) é composta por 11 itens que avaliam a atenção autofocada em situações sociais através de dois fatores: Atenção autofocada no próprio comportamento e Atenção Autofocada na própria ativação fisiológica. Quanto maior a pontuação, maior será o nível de atenção autofocada. Tanto na versão original como na versão Portuguesa para adolescentes, a SFA obteve bons valores de fidelidade e validade.

O *Questionário do Focus de Atenção* (FAQ: *Focus of Attention Questionnaire*, Woody, Chambless, & Glass, 1997; versão portuguesa para adolescentes: Fontinho & Salvador, 2014; versão portuguesa para adultos: Fernandes & Salvador, 2014) é composto por 11 itens que avaliam a atenção autofocada através de 2 fatores: Atenção Autofocada e Atenção Focada nos Outros, sendo que quanto maior a pontuação, maior será o nível do construto avaliado no fator. O FAQ apresentou valores de consistência interna entre razoáveis e bons na versão original, tendo obtidos melhores valores de consistência interna tanto na amostra de adolescentes como na amostra de adultos portugueses. A presente amostra revelou uma consistência interna boa para o total e para os fatores $SFA_{comp.}$ e $SFA_{ativ.}$ (respetivamente .89, .86 e .78).

A *Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Desempenho e Interação social* (EAESDIS: Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2003) é constituída por 44 itens que avaliam o desconforto e evitamento em situações sociais. Para cada situação descrita no item é pedido ao sujeito que avalie o desconforto/ansiedade sentido nessa situação numa escala de 1 (nenhum) a 4 (severo) e o grau de evitamento a essa situação (1- Nunca, 4- Quase sempre). Como tal, é composta por duas subescalas: Subescala Desconforto e Subescala Evitamento). Quanto maior a pontuação, maior será o nível de ansiedade e/ou evitamento. Ambos possuem um Alpha de *Cronbach* de .95, o que indica que ambos têm uma consistência interna elevada. Apresentou uma estabilidade temporal moderada ($r = .69$) e adequada validade convergente e discriminante. Por sua vez, na amostra desta

dissertação, o questionário demonstrou uma consistência interna muito boa, tanto para o total (.97) como para os fatores (.95) em ambos.

A *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21: Depression Anxiety Stress Scales*, Lovibond & Lovibond, 1995; versão Portuguesa: Pais-Ribeiro, J. L., Honrado & Leal, 2004) é composta por 21 itens distribuídos em número igual pelas três dimensões: Depressão, Ansiedade e Stress. A escala de resposta é tipo Likert de 0 (“Não se aplicou nada a mim”) a 3 (“Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). É uma redução da escala original que contém 42 itens. O sentido da pontuação é positivo, isto é, quanto maior a pontuação, maior será o nível de ansiedade, depressão e/ou stress. No que diz respeito à consistência original na versão original, o alpha de *Cronbach* foi de .87 no fator Ansiedade, .94 no fator Depressão (DASS_{dep.}) e .91 no fator Ansiedade. A versão portuguesa apresentou boas qualidades psicométricas. Ao nível da consistência interna apresenta um Alpha de *Cronbach* de .86 para a escala de depressão, .74 para a de ansiedade e .81 para a escala de stress. Apresenta também uma boa validade convergente e discriminante em ambas a versões. Na presente amostra, a escala obteve um Alpha de *Cronbach* de .88 na escala de depressão e .83 tanto na escala de ansiedade, como na de stress.

A *Escala de Ansiedade da Interação social (SIAS; Social Interaction Anxiety Scale*; Mattick & Clarke, 1998; Pinto-Gouveia & Salvador, 2001) avalia a ansiedade em situações interpessoais. Os itens são respondidos numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos que variam entre 0 “Nada caraterístico” a 4 “Extremamente caraterístico”, em que dois itens são de pontuação invertida. Possui 19 itens em que as pontuações mais elevadas revelam maiores níveis de ansiedade em interações sociais. Esta escala apresenta bons valores de validade convergente e discriminante. Revela ainda valores bons de

estabilidade temporal ($r = .77$). No que diz respeito à consistência interna, a escala tem os valores de .94 na versão original, .90 na versão portuguesa e .88 na nossa amostra.

A *Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Ansiedade* (ADIS-IV: Di-Nardo & Barlow, 1994; Versão Portuguesa: Pinto-Gouveia, Galhardo & Fonseca) é uma das entrevistas semi-estruturadas mais utilizadas para o diagnóstico das perturbações de ansiedade para adultos. Fornece uma informação detalhada sobre aspetos situacionais e cognitivos que geram ansiedade, intensidade da ansiedade, classificação do grau de evitamento, acontecimentos precipitantes do problema e história do problema. Avalia as perturbações de ansiedade de acordo com os critérios presentes no DSM-IV (APA, 2002). Inclui também secções para o diagnóstico de perturbações de humor, somatoformes e de abuso de substâncias, dada a sua elevada comorbilidade com as perturbações ansiosas. Ao nível das características psicométricas, apresenta razoável a boa fidedignidade, apresentando valores de α de *Cronbach* entre .60 e .86.

Procedimentos de Investigação

Para a concretizar o estudo da escala, adaptou-se a Escala de Atenção Autofocada (SFA) para adolescentes para a população adulta, alterando-se a linguagem utilizada no primeiro. Alterou-se o enunciado, uma vez que na escala original, o questionário era preenchido após uma tarefa experimental, enquanto que no presente estudo, o questionário é preenchido tendo por base a recordação de uma interação social que tenha experienciado. De salientar que antes da recolha de amostra para o estudo, o questionário foi administrado a 30 indivíduos com o objetivo de verificar a validade facial. No geral, os sujeitos demonstraram uma boa compreensão na leitura das instruções e no preenchimento do questionário, pelo que foram realizadas poucas alterações. Posto isto, recolheu-se a amostra em várias faculdades da Universidade de

Coimbra e na comunidade em geral da zona norte à zona sul do país. Aos participantes, foi entregue o consentimento informado para o próprio, as informações necessárias acerca da investigação e o protocolo de investigação referido anteriormente que se verificou demorar cerca de 30 minutos a responder. Com o intuito de avaliar a estabilidade temporal da SFA foi realizada uma segunda passagem da escala a 79 sujeitos da amostra, entre 4-6 semanas após a primeira administração.

A amostra clínica foi recolhida em hospitais, clínicas privadas e serviços de ação social da Universidade. Adicionalmente foram selecionados alunos através de um screening: seleção dos indivíduos com pontuações acima do ponto de corte no SIAS (i.e. 36 pontos). Todos os indivíduos foram submetidos a uma entrevista clínica estruturada (ADIS-IV) para confirmar o diagnóstico. Teve-se em conta as alterações dos critérios do DSM-V (APA, 2012) para que se pudesse atribuir o diagnóstico com base nos critérios do novo manual.

Estratégia analítica

Após a recolha de dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – versão 20).

Para a descrição da amostra, utilizaram-se estatísticas descritivas e frequências, bem como um teste t para amostras independentes e quiquadrado para análise de diferenças entre género. De salientar, que para discriminação do nível sócio-económico na amostra foi utilizada a classificação de Simões (1994). Com o intuito de averiguar se a amostra seguia uma distribuição normal utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov e os desvios pela assimetria (*skeweness*) e pelo achatamento (*kurtosis*).

Para se averiguar a estrutura fatorial da escala utilizou-se uma análise de componentes principais, seguida de rotação *oblimin*. Para se decidir se se excluía o item

tendo em conta a sua saturação fatorial, teve-se em conta o proposto por Stevens (1992) que refere uma saturação fatorial mínima de .298. Para classificar as saturações fatoriais utilizou-se a classificação de Comrey e Lee (1992) que considera como pobres as saturações entre .32 e .44; razoáveis entre .45 e .54; boas entre .55 e .62; muito boas entre .63 e .70 e excelentes acima de .71.

Já no que diz respeito à consistência interna, esta foi analisada através do cálculo do alpha de *Cronbach*. A interpretação dos resultados foram utilizados os índices de consistência interna apresentados por Pestana e Gageiro (2003), que sugerem que um alpha de *Cronbach* de valor inferior a .60 é inadmissível, entre .60 e .70 é fraco, entre .70 e .80 é razoável, entre .80 e .90 é bom e entre .90 e 1 é muito bom.

Por fim, para analisar a validade convergente e discriminante, bem como para verificar a associação dos itens com o total e teste-reteste, utilizou-se o cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*. Na avaliação da magnitude das correlações são considerados como valores de referência os valores apontados por Pestana e Gageiro (2003), que sugerem que um coeficiente de correlação inferior a .20 revela uma associação muito baixa, um valor entre .21 e .39 uma associação baixa, entre .40 e .69 moderada, entre .70 e .89 elevada e, superior a .90 uma associação muito elevada. Para averiguar a sensibilidade, utilizou-se um teste t para amostra independentes.

Resultados

Análises Preliminares

Para averiguar se a análise da Escala de Atenção Autofocada provinha de uma amostra com distribuição normal, procedeu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S=.057; $p=0,018$), visto que a amostra incluía mais de 30 sujeitos (SPSS, 1999 *cit in* Marôco, 2011). Visto que o valor da significancia não foi superior a .05, não se pode

dizer que a amostra seguiu uma distribuição normal (Marôco, 2011). No entanto, uma vez que a curtose ($KU^2 = -.78$) e a assimetria ($SK = .0994$) não se afastam da unidade, não comprometeram a sensibilidade dos resultados (Almeida & Freire, 1997). Analisando os valores da curtose e da assimetria, verificou-se que a amostra era platicurtica (> 0) e assumia uma assimetria positiva (< 0). Por fim, é de salientar que não foram encontradas observações aberrantes (*outliers*).

Análise Fatorial

Os itens que compõem a SFA foram submetidos a uma análise fatorial exploratória, seguida de rotação *oblimin*.

Para a medida Kaiser-Mayer-Olkin (KMO)* foi obtido um valor de .935, o que demonstra uma adequação da amostra na análise dos componentes principais, assegurando assim a sua realização, assim como foi significativo o teste de esfericidade de Barlett ($\chi^2=2518.551$, $p<.001$), revelando que a matriz de intercorrelações é significativamente diferente de uma matriz de identidade.

A solução inicial para a SFA permitiu extrair 2 fatores com *eigenvalues* superiores a 1, que explicaram 66.1 % da variância total. Tendo a saturação mínima neste estudo sido de .51 (item 3), não foi necessário retirar nenhum item. Atendendo ao sugerido por Comrey e Lee (1992) *cit in* Tabachnick e Fidell (2007), esta saturação é considerada razoável. As saturações variaram entre razoáveis e excelentes, sendo que a melhor saturação ocorreu no item 6 com um valor .94

Ao comparar a distribuição dos itens pelos dois fatores verificou-se que esta é congruente com a que foi encontrada na versão original da SFA. Como tal, mantiveram-se as mesmas designações para os fatores: 1) Atenção focada no comportamento (SFA_{comp.}), composto pelos itens 3, 4, 6, 7 e 9 e explica 59.2% da variância e 2) Atenção

focada na ativação fisiológica ($SFA_{ativ.}$), constituído pelos itens 1, 2, 5, 8, 10 e 11, e responsável por 7.1% da variância.

O estudo das correlações através do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* entre os dois fatores, e entre cada um deles com o total da escala, mostrou que as dimensões fatoriais que constituem a SFA foram positiva e significativamente correlacionadas. A correlação entre os dois fatores constituiu-se como uma correlação alta ($r=.76$; $p<.01$). Tendo em conta o postulado por Field (2009), em que valores superiores a .90 fazem parte de uma estrutura unifatorial, manteve-se a estrutura bifatorial, tal como na versão original. Relativamente às correlações dos fatores com o total da escala, quando correlacionado com o fator $SFA_{comp.}$ obteve uma correlação moderada ($r=.41$; $p<.01$), enquanto que com o fator $SFA_{ativ.}$ a correlação foi baixa ($r=.35$; $p<.01$).

Quadro 2

Solução de dois fatores – constituição de cada fator e saturações dos itens que os compõem

Itens	Saturação Fatorial	
Fator 1		
6. qualidade da participação	.937	.052
7. compreensão	.861	.061
4. fluência do discurso	.805	.056
9. adequação do comportamento	.701	.202
3. competência social	.510	.303
Fator 2		
2. batimento cardíaco	.151	.861
1. nervosismo sentido	.003	.761
5. controlo da respiração	.120	.648
8. nervosismo observado	.303	.622
11. rubor, transpiração e tremores	.258	.579
10. comportamento tenso/nervoso	.381	.568

Estudo dos Itens da Escala

Para efeitos de análise dos itens da SFA calcularam-se as médias, desvio-padrão e correlações item-total para cada item, alpha de *Cronbach* se o item for removido e correlação teste-reteste de cada item deste instrumento. Os resultados estão reportados no quadro 3.

Os resultados obtidos demonstraram que os 11 itens da escala possuem correlações item-total iguais ou superiores a .62. Obtiveram-se correlações moderadas e boas.

Quanto ao alpha de *Cronbach* se o item for removido, verificou-se que não existiam vantagens em retirar qualquer item, uma vez que a sua remoção não aumentava o valor da consistência interna do instrumento. Relativamente à análise de correlações teste-reteste, esta revelou que todos os pares de itens apresentaram coeficientes de correlação significativos, sendo que à excepção do item 2 que obteve uma correlação baixa, todos os restantes revelaram uma associação moderada

Quadro 3

Médias (M), desvios-padrão (DP), correlação (r) item-total, Alpha de Cronbach se o item for removido e correlação teste-reteste para cada item e para o total da escala.

Item	M	DP	Item-total r	α se o item for removido	Teste-Reteste
1. nervosismo sentido	1.37	1.11	.66	.937	.46**
2. batimento cardíaco	1.10	1.05	.62	.938	.31**
3. competência Social	1.71	1.18	.73	.934	.59**
4. fluência do discurso	2.16	1.18	.77	.932	.60**
5. controlo da respiração	1.00	1.12	.68	.936	.43**
6. qualidade da participação	2.14	1.21	.78	.932	.55**
7. compreensão	2.10	1.22	.70	.935	.57**
8. nervosismo transmitido	1.74	1.24	.81	.930	.49**
9. adequação do comportamento	2.11	1.23	.80	.931	.67**
10. se me comporto de forma tensa/nervosa	1.81	1.21	.84	.929	.57**
11. rubor, transpiração e tremores	1.71	1.32	.73	.934	.51**
Total	18.95	13.07	-	-	.69**

** p < .001

Fidelidade da Escala

Consistência Interna

A consistência interna para a totalidade dos itens da SFA e para os fatores que a compõem foi analisada através do cálculo do alfa de *Cronbach*. Para a totalidade dos itens, foi encontrado um valor alfa de *Cronbach* considerado muito bom (.93). Relativamente à consistência interna dos fatores da SFA, ambos revelaram valores de consistência muito bons, sendo que o fator SFA_{comp.} obteve um alfa de *Cronbach* de .92 e o fator SFA_{ativ.} um alfa de *Cronbach* de .90. Posto isto, no seu conjunto, estes dados sustentam um elevado índice de consistência interna da escala.

Estabilidade Temporal

Com o objetivo de avaliar a estabilidade temporal do questionário, entre 4-6 semanas após a primeira administração, a SFA foi novamente preenchida por 79 sujeitos (50 sujeitos do sexo feminino e 29 sujeitos do sexo masculino), fazendo com que maioritariamente a amostra do reteste seja composta por mulheres (63.3%).

O estudo da estabilidade temporal foi efectuado através da correlação de *Pearson*, que para o total revelou um coeficiente teste-reteste moderado (.69; $p < .01$). Relativamente aos fatores, o coeficiente teste-reteste foi elevado para o SFA_{comp.} (.74, $p < .01$) e moderado para o SFA_{ativ.} (.69, $p < .01$).

Validade

Validade Convergente

A validade convergente da SFA e dos fatores que a compõem foi estudada através da correlação com o FAQ_{self} e FAQ_{externo} e com medidas de ansiedade social nomeadamente com o total e o fator evitamento da EAEDIS. A utilização da subescala

FAQ_{self} do FAQ deveu-se ao facto de medir a mesma dimensão que a SFA (atenção focada na experiência interna). Por outro lado, o modelo postula que quanto maior o auto focus, menor o focus externo, pelo que se esperaria uma associação alta e negativa entre os dois. A utilização do total e dos fatores da EAEDIS deveu-se ao facto de serem medidas de ansiedade social e de a SFA medir uma componente relacionada.

A análise das correlações demonstrou que foram todas positivas, estatisticamente significativas e que a magnitude destas variou entre .50 e .82 (cf. Quadro 4), ou seja, correlações moderadas a elevadas, sendo que o melhor resultado foi a correlação entre a SFA_{total} e o FAQ_{self}. Todos os resultados demonstraram uma boa validade convergente.

Quadro 4

Correlações entre o total e os fatores da SFA e fator de atenção autofocada do FAQ (FAQ_{self}), fator de atenção focada nos exterior (FAQ_{externo}) total e fator evitamento da EAEDIS

	SFAcomp.	SFAativ.	SFAtotal
FAQself	.74**	.79**	.82**
FAQexterno	.66**	.55**	.64**
EAEDISA (Ansiedade)	.54**	.50**	.56**
EAEDIS (Total)	.52**	.48**	.53**

*Nota: ** p < .001*

Validade Discriminante

Relativamente à validade discriminante da SFA e dos fatores que a compõem, esta foi analisada através da sua correlação com os fatores de depressão e stress da DASS por medirem construtos diferentes daqueles que a SFA avalia.

Como se pode verificar no Quadro 5, a análise dos coeficientes de correlação revelou que estes variaram entre .32 e .45 (correlações baixas a moderadas), também significativas, tendo a correlação mais baixa pertencido à relação entre o SFA e a DASS_{dep.}

Quadro 5

Correlações entre o total e os fatores da SFA e fatores de depressão e stress da DASS.

	SFAcomp.	SFAativ.	SFAtotal
DASSdepressão	.35**	.32**	.36**
DASSstress	.45**	.39**	.44**

*Nota: * p < 0.01*

Sensibilidade

Para avaliar a sensibilidade da SFA foi retirado aleatoriamente um pequeno subgrupo (N=32) da amostra geral (N=302) para se comparar com uma amostra clínica de indivíduos com Perturbação de Ansiedade Social (N=32).

A comparação dos dois grupos foi efetuada através de um teste t para amostras independentes que permitiu verificar que o grupo clínico se distinguiu significativamente da sub-amostra geral no total da SFA e respetivos fatores, apresentando sempre valores significativamente superiores (cf. Quadro 6).

Quadro 6

Comparação dos resultados obtidos na SFA e seus fatores entre a amostra geral e clínica. Análise de teste t para amostra independentes para verificação das diferenças

	Amostra Geral		Amostra Clínica		t	P
	M	DP	M	DP		
SFAtotal	19,59	10,97	20.30	12.27	-4.33	.000
SFAcomp.	10.53	5.32	10.83	6.16	-4.15	.000
SFAativ.	9.06	6.25	9.47	6.65	-3.86	.000

Dados normativos da SFA para adultos

No quadro 7 apresentam-se as médias e desvios-padrão para o total da SFA e para os dois fatores que a compõem, conforme o género, idade, escolaridade e nível sócio-económico. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível do género, idade e nível sócio-económico.

Quadro 7

Médias e desvios-padrão da pontuação do total e subescala da SFA para a amostra total, por género, idade, nível sócio-económico e escolaridade; Anova a um fator para análise de diferenças

	N	SFA _{total}		SFA _{comp.}		SFA _{ativ.}	
		M	DP	M	DP	M	DP
Total	302	18.94	10.33	10.21	5.21	8.74	5.80
Género							
Masculino	142	16.95	10.05	9.46	5.35	7.49	5.52
Feminino	160	20.71	10.27	10.87	5.00	9.85	5.84
F _(1,300)		10.33*		5.57*		12.98**	
Idade							
18-29	202	20.94	10.10	11.30	5.02	9.64	5.88
>30	100	14.92	9.6	8.01	4.87	6.91	5.20
F _(1,300)		24.52**		29.22**		15.55**	
Nível Sócio-económico							
Baixo	82	16.07	9.28	8.93	4.78	7.13	5.34
Médio/Alto	52	15.29	10.54	8.27	5.38	7.02	5.58
Desemp./reformado	18	22.89	9.04	12.17	5.03	10.72	4.70
Estudante	150	21.31	10.22	11.34	5.05	9.97	5.90
F _(3,298)		8.37**		7.74**		6.92**	
Escolaridade							
Ens. Básico	45	17	10.66	8.80	5.44	8.2	5.80
Ens. Sec.	168	20.01	10.24	10.7	5.04	9.31	5.97
Ens. Sup.	89	17.93	10.18	9.99	5.28	7.95	5.43
F _(2,299)		2.11		1.59		1.76	

Nota: ** p < .001; * p < .05

Discussão

A atenção autofocada em indivíduos com Perturbação de Ansiedade social tem a função de dar ao indivíduo informações acerca do seu desempenho em determinada situação social. Através das distorções criadas pelo próprio acerca da visibilidade dos seus sintomas de ansiedade e do seu comportamento, o indivíduo cria uma imagem de si nessas situações, acreditando que esta é a sua imagem perante o olhar dos outros. Este processo atencional tem sido hipotetizado como um importante fator de manutenção da PAS (Clark & Well, 1985). A fim de avaliar a atenção autofocada, tanto a nível da clínica como da investigação, torna-se importante dispor de instrumentos fidedignos e

válidos para avaliação deste construto. Uma vez que não existia para a população adulta portuguesa um questionário que avaliasse as duas dimensões da atenção autofocada, o presente estudo pretendeu estudar a SFA, um questionário que avalia tanto a atenção autofocada no comportamento como a atenção autofocada na ativação fisiológica.

Relativamente à análise fatorial efetuada, verificou-se que a SFA apresentou uma estrutura com dois fatores, que explicaram 66.1 % da variância, sendo congruente com a versão original da escala. Os fatores encontrados confirmaram a mesma estrutura encontrada pelas autoras (Bögels, Alberts & Jong, 1996) pelo que foram mantidas as mesmas designações: Atenção focada no comportamento ($SFA_{comp.}$), que explicou 59.2% da variância; e Atenção focada na ativação fisiológica ($SFA_{ativ.}$), responsável pela explicação de 7.1 % da variância. Verificou-se que estes dois fatores obtiveram entre si uma correlação elevada e estatisticamente significativa. Perante este resultado, considerou-se a hipótese de a escala ser unifatorial. No entanto, optou-se por manter os dois fatores, pelo facto se julgar pertinente existir uma medida que avalie as duas dimensões do conceito de atenção autofocada. A correlação entre o total e os fatores $SFA_{comp.}$ e $SFA_{ativ.}$ obteve um coeficiente moderado e baixo, respetivamente. Relativamente às saturações fatoriais encontradas na solução dos dois fatores, estas demonstraram uma boa coerência do construto latente ao instrumento, uma vez que todas revelaram saturações superiores a .51. Os resultados foram de encontro ao esperado tendo em conta a versão original (Bogels, Alberts & Jong, 1996) e versão para adolescentes (Fontinho & Salvador, 2014).

O estudo dos itens da SFA revelou que a maioria dos itens apresentou uma correlação item-total positiva e elevada. Este resultado demonstra 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, estes resultados sugerem que os onze itens da escala estão formulados no sentido de avaliar o construto subjacente à globalidade da escala, contribuindo assim para o aumento da sua consistência interna. Isto é congruente com facto de não ter sido necessário eliminar nenhum item, visto que não aumentaria a consistência interna da escala.

Em relação à fidelidade da escala, a SFA revelou uma excelente consistência interna para o total da escala (.93), assim como para ambos os fatores, visto que o $SFA_{comp.}$ obteve um Alpha de *Cronbach* de .92 e o $SFA_{ativ.}$ apresentou um valor de consistência interna de .90. Comparando com a versão original que obteve um alpha de *Cronbach* de .88 para o total, .86 para o $SFA_{comp.}$ e .78 para o $SFA_{ativ.}$, e com a versão para crianças e adolescentes (.91, .88 e .86, respetivamente), os resultados obtidos no presente estudo revelaram consistências internas superiores.

Por sua vez, verificou-se uma estabilidade temporal moderada para o total da escala e para o fator $SFA_{ativ.}$, enquanto que o fator $SFA_{comp.}$ obteve uma estabilidade temporal elevada. De salientar que apenas o item 2 (batimento cardíaco) obteve uma correlação teste-reteste baixa. Por outro lado, na escala para crianças e adolescentes obtiveram-se correlações baixas nos itens 4 (fluência do discurso) 5 (controlo da respiração) e 6 (qualidade da participação). Visto que o teste-reteste foi realizado no mesmo espaço temporal nas duas versões, isto demonstra que estes itens são mais estáveis com o passar do tempo em adultos que em crianças.

No que diz respeito à fidelidade teste-reteste, todos os pares de itens revelaram coeficientes de correlação teste-reteste significativos, sendo que quase todas foram de magnitude moderada.

No que concerne ao estudo da validade, a SFA revelou possuir uma boa validade convergente visto que a magnitude das correlações variou entre moderada e elevada. Destaca-se assim o FAQ_{self} que obteve correlações elevadas com o total e com ambos os fatores. Por sua vez, as restantes correlações obtiveram uma magnitude moderada. Estes resultados elevados foram esperados, uma vez que o FAQ_{self} mede o mesmo construto que a SFA, daí ter obtido um coeficiente mais elevado. O segundo melhor resultado foi a correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa entre o $FAQ_{externo}$ e o total e fatores da SFA. Este resultado vai no sentido oposto ao hipotetizado pela presente investigação que esperava uma correlação negativa e significativa, nem confirma os resultados de Woody (1996), que encontrou uma correlação entre o FAQ_{self} e $FAQ_{externo}$ muito baixa ($r = -.02$). No entanto, podemos hipotetizar que esta correlação positiva poderá relacionar-se com o facto de que, mesmo estando maritariamente autofocados, o processamento de pistas externas, embora reduzido, também se encontra presente em indivíduos com PAS, sendo que o mais provável é que o indivíduo capte e memorize respostas ou comportamentos dos outros que interpretou negativamente, mesmo que sejam neutros (Clark & Wells, 1995) e fique autofocado na interpretação que efetuou. Isto vai de encontro ao resultado da versão para adolescentes, que também obteve uma correlação positiva moderada (.68) entre o $FAQ_{externo}$ e a SFA. É de salientar ainda que o facto de se ter obtido correlações moderadas com a medida de ansiedade social e seus fatores confirma a relação entre atenção autofocada e ansiedade social (Bogels & Mansell, 2004; Hoffman, 2000; Woody & Rodriguez, 2000; Zou, Hudson & Rapee, 2007).

Por outro lado, no estudo da validade discriminante, a análise de correlação com a $DASS_{dep}$ foi a que teve resultados mais congruentes com o esperado, ou seja, as correlações foram de magnitude baixa com o total ($r = .36$) e fatores. Isto demonstra que

embora haja uma elevada comorbilidade entre sintomatologia depressiva e a Perturbação de Ansiedade Social (APA, 2013; Ruscio et al., 2008), estas são sintomatologias distintas e por isso a presença de uma nem sempre implica a presença da outra. No que diz respeito à validade convergente com o $DASS_{stress}$, esta obteve um coeficiente de correlação moderado quando associada à SFA_{total} ($r=.44$), $SFA_{comp.}$ (.45) e fraco quando associado à $SFA_{ativ.}$ (.39). De salientar que os coeficientes moderados estão perto do limiar inferior do intervalo de magnitudes de correlação moderada.

No que diz respeito à sensibilidade, a SFA e seus fatores revelaram-se úteis e com uma boa capacidade em discriminar os indivíduos com Perturbação de Ansiedade Social de indivíduos da população geral. Isto corrobora o modelo de Clark e Wells (1995) que considera que a atenção autofocada é um dos processos atencionais característicos da PAS.

Por fim, relativamente aos dados normativos, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do género, idade e nível sócio-económico. O facto de se encontrar diferenças ao nível do género vai de encontro ao esperado, visto que a Perturbação de Ansiedade Social é mais frequente em mulheres (APA, 2013; Kessler et al., 1994 *cit in* Caballo, Andrés & Bas, 1997; Montgomery, 1995). Como a atenção autofocada é considerada um fator de manutenção deste quadro clínico, este resultado foi esperado. No que diz respeito ao grupo dos estudantes sugere-se que estes pontuaram mais na escala, porque estão constantemente a ser alvo de avaliações características do ensino superior. Esta hipótese também se pode aplicar ao facto do grupo de indivíduos com idade inferior a 30 anos pontuar mais, uma vez que a maioria dos indivíduos deste grupo frequentam o ensino universitário.

Este estudo apresenta algumas limitações. Uma das principais limitações consiste no facto de apenas ter sido realizada uma Análise de Componentes Principais, pelo que

se considera a necessidade de se realizar futuramente uma Análise Fatorial Confirmatória. Embora a amostra seja composta por um número de sujeitos adequado para que se possam retirar conclusões e inclua sujeitos de norte a sul do país, é de salientar que a amostra não é representativa da população Portuguesa. Por último, para que os resultados fossem mais fiéis à realidade, os participantes deviam ter realizado o questionários após uma tarefa experimental, e não através da recordação de situações anteriores, que está sujeita a enviesamentos da memória.

Apesar das limitações apontadas, a SFA revelou-se um instrumento útil e fidedigno que permite distinções concetuais ao nível da atenção autofocada. A escala poderá vir a ter um papel relevante na investigação e clínica dos indivíduos com elevados níveis de atenção autofocada e, conseqüentemente, permitir uma intervenção terapêutica mais direcionada e eficaz, bem como uma monitorização mais fidedigna durante o tratamento.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed – r). Washington DC: Author.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (6ªed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, M. T. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books

- Bögels, S., Alberts, M., Jong, P. (1996). Self-consciousness, self-focused attention, blushing propensity and fear of blushing. *Personality and Individual Differences*, 21, 573-581. Doi: S0191-8869(96)00100-6
- Bögels, S., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24, 827-856. Doi:10.1016/j.cpr.2004.06.005
- Beidel, D. C., Fink, C. M., & Turner, S. M. (1996). Stability of anxious symptomatology in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 257-269
- Caballo, V. E., Andrés V. & Bas, F. (1997). *Fobia Social*. In *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Transtornos Psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1981). The self-attention induced feedback loop and social facilitation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 17, 545-568.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1986). *Functional and dysfunctional responses to anxiety: The interaction between expectancies and self-focused attention*. In R. Schawarzer (Ed.). *Self-related cognitions in anxiety and motivation* (pp. 111 – 141). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (69-93). New York: Guilford.
- DiNardo, P., Brown, T., & Barlow, D. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. Albany, NY: Graywind Publications.

- Duval, T. S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic.
- Eifert, G. & Forsyth, J. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: a practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies self-consciousness, self-attention, and social interaction*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 75-86.
- Fernandes, F. & Salvador, M. C. (manuscrito em preparação). Questionário de Focus de Atenção (FAQ): estudo da dimensionalidade e das características psicométricas do FAQ para a população adulta portuguesa.
- Fontinho, A. & Salvador, M. C. (manuscrito em preparação). Questionário do Focus de Atenção (FAQ): estudo da dimensionalidade e das características psicométricas do FAQ para adolescentes da população portuguesa.
- Fontinho, A. & Salvador, M. C. (manuscrito em preparação). O papel da Atenção Autofocada na Fobia Social na adolescência: validação da versão portuguesa da Escala de Atenção Autofocada (SFA) e estudos preliminares. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Hartman, L. M. (1983). A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 3, 435-456
- Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.

- Hoffman, Stefan G. (2000). Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 38, 717-725. Doi:S0005-7967 (99) 00105-9
- Leary, M. (1983). *Understanding social anxiety: Social, personality and clinical perspectives*. Beverly Hills: Sage Publications
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Mattick, R. & Clarke, J. (1998). Development and validation of measures of social phobiascrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav. Res. Ther.*, 36, 455-470.
- Marôco, J. P. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.^a ed. ReportNumber. Pero Pinheiro
- Montegory, S. A. (1995). *Social Phobia: a clinical review*. WPA Osical Phobia Task Force.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress (EDAS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 229 – 239.
- Pestana, M & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3^aed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pinto-Gouveia, José (2000) *Ansiedade Social: da timidez à Fobia Social*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., & Salvador, M. C. (2003). Assessment of Social Phobia by Self-Report Questionnaires: The Social Interaction and Performance

- Anxiety and Avoidance Scale and the Social Phobia Safety Behaviors Scale. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 31, pp. 291-311
- Pinto Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (1997). Fatores Situacionais e Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social. Comunicação apresentada no V Latini Dies e 3º Congresso Ibérico de Terapia Comportamental e Cognitiva. Cascais.
- Rapee, R. M. & Sanderson, W. C. (1998) *Social Phobia: Clinical Application of Evidence – Based Psychotherapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B. Kessler, R. C. (2008) Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 15-28
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behavior in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 6-19
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialização em Avaliação Psicológica, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (2nd.Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Tabachnick, G. G., & Fidell, L. S. (2007). *Experimental Designs Using ANOVA*. Belmont, CA: Duxbury.
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.

- Zou, J. B., Hudson, J. L., Rapee, R. M. (2007). The effect of attentional focus on social anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2326-2333.
- Wells, A. & Mathew, G. (1994). Attention and emotion: A clinical perspective. *Behavior Research and Therapy*, 37, 653-658.
- Woody, S. R. (1996). Effects of Focus on Anxiety Levels and Social Performance of Individuals with Social Phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 61-69.
Doi: S0005-7967(96)00084-8.
- Woody, S. R. & Rodriguez, B. (2000). Self-focused attention and social anxiety in social phobics and normal controls. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 473-488.

Artigo II

Fernandes, F. & Salvador, M.C. (2014). *O contributo de Variáveis Evolucionárias nos Processos Atencionais na Perturbação de Ansiedade Social.*

Manuscrito em Preparação.

**O Contributo de Variáveis Evolucionárias nos Processos Atencionais na
Perturbação de Ansiedade Social**

Ana Filipa Oliveira Fernandes¹

Maria do Céu Salvador¹

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Ana Filipa Fernandes

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: filipa.fernandes2590@gmail.com

Resumo

A Perturbação de Ansiedade Social (PAS) é caracterizada pelo medo ou ansiedade de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo está sujeito à avaliação negativa dos outros (APA, 2013). Um dos principais fatores de exacerbação e manutenção desta perturbação é a atenção autofocada (Clark & Wells, 1995), que consiste na direção dos recursos atencionais para os próprios pensamentos, emoções e sensações corporais (Carver & Scheier, 1981). Na ausência de estudos que relacionem variáveis evolucionárias e variáveis atencionais, este estudo pretendeu averiguar se a relação entre ansiedade social e atenção autofocada seria mediada por constructos de uma perspetiva evolucionária, nomeadamente, a vergonha e o autocriticismo. O estudo parte do pressuposto que intervir na atenção autofocada como um elemento isolado pode não ser eficaz, principalmente se se encontrar associada a vergonha e autocriticismo, que não são tidas em conta na investigação, nem na prática clínica.

Verificaram-se associações positivas e significativas entre a medida de atenção autofocada e as medidas de autocriticismo e vergonha. Os resultados revelaram que a vergonha interna teve um efeito mediador na relação entre ansiedade social e atenção autofocada no comportamento, quando controlada a depressão. Estes dados sugerem que a atenção autofocada nos indivíduos com PAS parece não ter somente o objectivo de monitorizar o seu comportamento ou imagem para evitar a crítica dos outros, mas para evitar confrontar-se com a sua própria visão negativa do eu.

Palavras-Chave: perturbação de ansiedade social, atenção autofocada, autocriticismo, vergonha externa, vergonha interna, mediação

Abstract

Social Anxiety Disorder (SAD) is characterized by fear or anxiety of one or more social situations where the individual may be subject to the scrutiny of others (APA, 2013). One of the main exacerbation and maintenance factors of this disorder is Self-Focus Attention (Clark & Wells, 1995), that consists for drawing attentional resources to thoughts, emotions, and body sensations (Carver & Scheier, 1981). In the absence of studies relating evolutionary variables and attentional variables, the main aim of this study was to verify if the relationship between social anxiety and self-focus attention is mediated by constructs from an evolutionary perspective, namely, shame and self criticism. The study assumes that intervening in self-focused attention as an isolated element may not be effective at all, especially if it is associated with shame and self criticism which are not taken in to account neither in research nor in clinical practice

Positive and significant associations between self-focus attention, self criticism and shame were found. Results also revealed that internal shame had a mediator effect in the relationship between social anxiety and self-focused attention on behavior, when controlling for depression. These data seem to suggest that self-focused attention in individuals in SAD may not only monitor their behavior or image to avoid being criticized by others but to avoid confronting with their own negative vision of the self.

Keywords: social anxiety disorder, self-focus attention, self criticism, external shame, internal shame, mediation

A Ansiedade Social é, na maior parte das vezes, uma experiência adaptativa em situações de avaliação ou observação por parte dos outros. Enquanto que um nível normal de ansiedade pode estimular as pessoas a darem o seu melhor, causando a melhor impressão possível, em alguns indivíduos a ansiedade e o mal-estar são de tal forma intensos e extremos, que pode levar ao evitamento destas situações (Frances & Ross, 2004). Quando assim é, pode-se estar perante uma Perturbação de Ansiedade Social (PAS) (APA, 2013).

A PAS é marcada por um medo ou ansiedade de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo está exposto ao escrutínio dos outros (APA, 2013). A exposição à situação temida provoca quase sempre ansiedade e evitamento (APA, 2013; Eifert & Forsyth, 2005; Rapee & Sanderson, 1998). Quando não evitam a situação, esta é enfrentada com medo intenso. Para se poder atribuir o diagnóstico, a ansiedade ou evitamento têm que ser persistentes pelo menos nos últimos 6 meses, não serem proporcionais ao contexto sócio-cultural, não podem ser melhor explicados por outra perturbação, estado físico geral ou consumo de substâncias e interferem significativamente com áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2013).

Na tentativa de explicar este quadro clínico, o modelo Cognitivo de Clark e Wells (1995) postula que, devido a experiências mal-adaptativas precoces na infância ou adolescência, os indivíduos acreditam que ao entrarem numa situação social se vão comportar de uma forma inadequada, de tal forma que os outros vão criar uma má imagem deles e o seu estatuto social será diminuído, levando à rejeição e desvalorização. O modelo aponta vários fatores de manutenção: (1) a interpretação dos sintomas somáticos da ansiedade como perigosos em situações sociais provocam a manutenção ou aumento da mesma; (2) o processamento antecipatório permite que, antes de entrarem na situação, os indivíduos já estejam ansiosos por imaginarem como a

situação vai ocorrer com base em experiências anteriores de fracasso; (3) a autópsia da situação, que consiste na revisão ao pormenor do que aconteceu na situação, valorizando mais o que interpretaram como negativo, faz com que o indivíduo crie uma visão errónea e enviesada do modo como decorreu a situação; (4) a atenção autofocada consiste na direção da atenção para aspetos do sujeito, tais como, aparência, pensamentos, sentimentos, comportamentos; por fim, (5) a utilização de comportamentos de segurança quando o evitamento total da situação não é possível, com a intenção de reduzir o risco de avaliação negativa, acaba por não permitir experiências desconfirmatórias, ao mesmo tempo que pode aumentar o autofocus, os sintomas somáticos e prejudicar a própria situação social (Duval & Wicklund, 1972; Buss, 1980; Carver & Scheier, 1981). Segundo Clark e Wells (1995), a atenção autofocada tem um papel de destaque na manutenção desta perturbação, uma vez que (a) provoca um efeito intensificador das sensações corporais de modo a que um sintoma leve pareça forte; (b) causa um enviesamento e défice na interpretação dos sinais de comunicação dos outros; (c) leva à construção de uma imagem de si que assume como a mesma que os outros têm de si (Clark & Wells). Isto conduz a um maior processamento antecipatório e a maiores níveis de processamento pós-situacional. Devido à presença destes processos atencionais, haverá um aumento da ansiedade, dos comportamentos de segurança e dos evitamentos, criando-se vários ciclos viciosos que mantêm a PAS.

Apesar da grande importância do modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) na explicação dos processos e fatores de manutenção que ocorrem no indivíduo com PAS, outras variáveis relacionadas com a perspectiva evolucionária, eventualmente relacionadas com o modelo cognitivo, poderão contribuir para uma melhor compreensão da perturbação (Pinto-Gouveia, 2000).

A perspectiva evolucionária defende que a ansiedade social resulta da activação de mecanismos evolucionários para lidar com a ameaça entre indivíduos da mesma espécie (Trower & Gilbert, 1989) e está relacionada com potenciais ameaças que existem no relacionamento intra-espécie. Quando ativados os mecanismos de defesa biológica, estes influenciam os processos psicológicos de avaliação e *coping* em situações sociais, originando os processos e comportamentos de avaliação-respostas (e.g. atenção autofocada, comportamentos de segurança) que são característica evidente nos indivíduos com PAS.

Esta perspectiva presume que os mecanismos mentais têm evoluído com o objectivo de capacitar os seres humanos a operar nos vários papéis sociais, que possibilitam a sobrevivência e reprodução. Desta forma, as características psicossociais do ser humano refletem o resultado da interação de componentes genéticas, ecológicas e psicossociais no sentido de alcançar os objetivos biológicos (Gilbert, 2005). É nesta perspectiva que surge a Teoria das Mentalidades Sociais. A junção de motivos, emoções, rotinas de processamento de informação e comportamento que dá origem a diferentes padrões internos de atividade neurofisiológica são designados por mentalidades sociais (Gilbert, 1989) que podem, de uma forma geral, ser classificadas de várias formas, tais como, prestar cuidados ao outro, receber cuidados, formação de alianças, ranking social (competição direta por recursos, ganhos e manutenção de estatutos) e mentalidade social sexual.

A mentalidade mais associada à PAS é a mentalidade de ranking social (Gilbert, 2005), uma vez que a ansiedade social surge do facto de o indivíduo sentir que não está à altura do estatuto que deseja, podendo causar um sentimento de vergonha. Esta é uma emoção auto-consciente e inibitória que, geralmente, está associada a uma desvalorização de si próprio próprio. A vergonha está relacionada com a crença de que

não consegue criar imagens positivas de si aos olhos dos outros, o que conduziria à rejeição (Gilbert, 1997; Gilbert, 1998). É uma das emoções que guia o comportamento e marca a forma como o indivíduo se vê, estando também intrinsecamente associada à relação do eu com os outros (Tangney & Dearing, 2002). Gilbert (1998) postula a existência de dois tipos de vergonha: vergonha externa e vergonha interna. A primeira está associada ao pensamento de que os outros vêem o indivíduo de uma forma negativa, isto é, inferior, sem valor e desinteressante. Está, na maioria das vezes, associada à tendência para antecipar como os outros irão julgar o comportamento ou os atributos pessoais. Por sua vez, a vergonha interna ocorre quando as avaliações são focalizadas internamente, existindo uma auto avaliação negativa de si, ou seja, como inferior, imperfeita e incompetente (Gilbert, 2003). Apesar da vergonha externa e vergonha interna estarem, normalmente, altamente correlacionadas, não estão sempre ligadas, sendo importante a sua distinção (Gilbert, 1998). É ainda de salientar que, por vezes, tem um papel adaptativo quando não é experienciada em níveis elevados, uma vez que marca as normas, padrões sociais e mantém as hierarquias, motivando as pessoas a seguir as orientações (Barret, 1995). Ainda assim, tem-se revelado associada a diversas psicopatologias, inclusive na Perturbação de Ansiedade Social (Cook, 1994),

A ansiedade parece central na experiência de vergonha, sendo difícil considerar vergonha sem ansiedade. A vergonha é muitas vezes definida como medo de ser exposto, escrutinado e julgado, negativamente pelos outros. A descrição de uma experiência de vergonha é, normalmente, muito semelhante a uma resposta de um fóbico social em situações sociais, assim como a uma resposta tímida. Além disso, um indivíduo com PAS tem medo de ser envergonhado em várias situações (Gilbert, 1998) e muitas das componentes de vergonha (eg. inferioridade) estão altamente correlacionadas com a Ansiedade Social (Gilbert, Pehl & Allan, 1994 *cit in* Gilbert,

1998). Relativamente à vergonha interna e externa, resultados mostram que a ansiedade social tem uma relação mais significativa com a primeira, embora com a segunda tenha correlações significativas com alguns dos fatores que a compõem (Rebelo, 2012). Por sua vez, a atenção focada na vergonha é vista como um tipo de atenção autofocada em que o próprio capta os seus erros, falhas e défices, daí ser vista como uma emoção auto-consciente. De salientar, que a atenção autofocada está fortemente correlacionada com a vergonha (Gilbert, Pehl & Allan, 1994 *cit in* Gilbert, 1998)

Ainda com o objetivo de competir por um estatuto ou imagem idealizada, surge o autocriticismo. Este pode ser definido como uma forma de auto-avaliação negativa e auto-punição (Gilberts & Irons, 2004), que é ativado quando as pessoas sentem que falham em alguma tarefa importante para si. É visto como uma relação eu-eu, em que uma parte do eu descobre as falhas e defeitos, acusa, condena e a outra se submete. Esta relação ataque-submissão reforça o sentimento de inferioridade (baixo ranking) e submissão (Gilbert, 2000). É sugerido que a voz interna do autocriticismo é introjectada, isto é, é uma voz do exterior que foi internalizada no processo de desenvolvimento (Greenberg, 1984) em situações que, por exemplo, os pais o tenham criticado/punido para que deixe de cometer erros. Então, em adultos, auto-criticam-se também para não cometer erros, continuando a ampliar este processo com esta função (Amaral, Castilho & Pinto-Gouveia, 2010; Gilbert, 2010).

O Autocriticismo pode ser concebido como um processo psicológico importante no desenvolvimento e manutenção da Perturbação de Ansiedade Social (Cox, Rector, Bagby, Swinson, Levitt & Joffe, 2000), sendo que quanto mais elevados são os níveis de autocriticismo, mais graves são os sintomas da PAS, mesmo quando a medida de depressão é controlada (Cox, Walker & Karpinski, 2002). Pode também ser considerado um factor preditor da Perturbação de Ansiedade Social (Shahar & Gilboa-Shechtman,

2007). Existem resultados que demonstram que o nível de autocrítico é muito mais elevado do que noutras perturbações de ansiedade (Cox, Fleet & Stein, 2004).

Não foram encontrados estudos que abordem a relação entre atenção autofocada e autocrítico na Perturbação de Ansiedade Social, nem em nenhuma outra amostra. Contudo, no autocrítico há uma relação eu-eu, em que um deles é o que descobre as falhas e condena, podendo hipopetizar-se que esse eu que descobre as falhas seja função da atenção autofocada. Por outras palavras, a atenção autofocada salienta os erros, fomentando o autocrítico. É, ainda, de salientar que a maior parte dos estudos que abordam a atenção autofocada têm por base uma perspectiva cognitiva comportamental clássica. No entanto, este estudo pretende relacionar este processo atencional com conceitos da perspectiva evolucionária, uma vez que se acredita que esta trará um contributo ao enfatizar possíveis fatores preditivos da atenção autofocada que não são abordados no modelo clássico e, por isso, também não são alvo de intervenção, nomeadamente a vergonha e o autocrítico. Caso se confirme esta relação, este estudo poderá revelar-se uma mais valia, apontando para a importância de desenvolver nos doentes uma mentalidade compassiva. Assim sendo, um dos objectivos principais deste estudo consistiu em analisar, numa amostra com o quadro clínico de Perturbação de Ansiedade Social, se a vergonha (interna e externa) e o autocrítico possuíam um efeito mediador da relação entre atenção autofocada e ansiedade social. Face a este objectivo principal, e tendo em conta a revisão da literatura, foram propostos os seguintes objectivos específicos e as seguintes hipóteses: (1) explorar através de estudos correlacionais, a relação entre atenção autofocada e as medidas de vergonha interna, vergonha externa e autocrítico; mais especificamente espera-se uma relação positiva e significativa entre medidas de atenção autofocada e ansiedade social, autocrítico, vergonha interna e vergonha externa (H1); (2) averiguar o contributo da vergonha

interna, vergonha externa e autocrítico na predição da atenção autofocada, ou seja, o autocrítico, vergonha interna e a vergonha externa serão fatores preditores da atenção autofocada (H2); (3) averiguar o efeito mediador do autocrítico, vergonha interna e vergonha externa na relação entre atenção autofocada e ansiedade social, ou seja, o autocrítico, vergonha interna e vergonha externa terão um efeito mediador na relação entre atenção autofocada e ansiedade social (H3).

Metodologia

Participantes

Os participantes deste estudo constituíram-se como uma amostra clínica com diagnóstico principal de PAS. Incluiu 32 sujeitos, 25 eram do género feminino (78.10%) e 7 do género masculino (21.90%). As idades estavam compreendidas entre 18 e 59 anos ($M = 26.78$, $DP = 9.22$). Acrescentar que 4 indivíduos tinham nível socioeconómico baixo (12.50%), 3 médio (9.40%) e 2 alto (6.30%). A maioria eram estudantes (20 indivíduos, i.e., 62.50%) e 3 sujeitos estavam desempregados (9.40%). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nem na idade ($t_{(30)} = .76$, $p = .452$), nem no nível socioeconómico ($\chi^2_{(4)} = 2.26$, $p = .689$) em relação ao género

Os critérios de exclusão foram os seguintes: (1) indivíduos com uma idade inferior a 18 anos, sendo que não foi definido um limite superior; (2) evidência de dificuldades de compreensão que prejudicassem o correto preenchimento dos questionários; (3) preenchimento incompleto do protocolo de investigação; (4) indivíduos que após a realização da entrevista clínica não possuíam critérios para o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Social; (5) indivíduos que preenchiam critérios somente para o especificador de Desempenho da Perturbação de Ansiedade Social.

Relativamente às comorbilidades, 6 indivíduos preencheram também critérios para Perturbação de Pânico (18.80 %), 2 para Agorafobia (6.30 %), 5 para a Perturbação de Ansiedade Generalizada (15.60 %), 2 para a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (6.30 %), 4 para a Fobia Específica (12.50 %), 1 para a Perturbação Pós-Stress Traumático (3.10 %) e 8 para o Episódio Depressivo de Major (25 %)

Instrumentos

A *Escala de Atenção Auto Focada* (SFA: *Self-focused Attention Scale*; Bögels, Alberts, & De Jong, 1996; versão portuguesa: Fernandes & Salvador, 2014) é composta por 11 itens que avaliam a atenção autofocada em situações sociais através de dois factores: Atenção Autofocada no próprio comportamento e Atenção Autofocada na própria ativação fisiológica. Quanto maior a pontuação, maior será o nível de atenção autofocada. Tanto na versão original como na versão Portuguesa para adolescentes, a SFA obteve bons valores de fidelidade e validade.

A *Escala de Ansiedade da Interação social* (SIAS; *Social Interaction Anxiety Scale*; Mattick & Clarke, 1998; Pinto-Gouveia & Salvador, 2001) avalia a ansiedade em situações interpessoais. Os itens são respondidos numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos que variam entre 0 (“não é nada característico da minha forma maneira de ser”) e 4 (“é extremamente característico da minha maneira de ser”). Possui 19 itens em que as pontuações mais elevadas revelam maiores níveis de ansiedade em interações sociais. Esta escala apresenta bons valores de validade convergente e discriminante em ambas as versões. Revela ainda valores bons de estabilidade temporal na versão Portuguesa ($r = .77$). No que diz respeito à consistência interna, a escala tem os valores de .94 na versão original e .90 na versão portuguesa.

A *Escala de e Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21: Depression Anxiety Stress Scales*, Lovibond & Lovibond, 1995; versão Portuguesa: Pais-Ribeiro, J. L., Honrado & Leal, 2004) é composta por 21 itens distribuídos em número igual pelas três dimensões: Depressão, Ansiedade e Stress. A escala de resposta é tipo Likert de 0 (“Não se aplicou nada a mim”) a 3 (“Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). É uma redução da escala original que contém 42 itens. O sentido da pontuação é positivo, isto é, quanto maior a pontuação, maior será o nível de ansiedade, depressão e/ou stress. Revelou uma boa consistência interna, tanto na versão original como na Portuguesa, em que os valores do alpha de *Cronbach* foram entre .74 e .94. Neste estudo, irá utilizar-se somente o fator relativo à Depressão.

A *Escala de Vergonha Interna (ISS: Internalized Shame Scale*, Cook, 1994; Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2006) é composta por 30 itens que estão divididos em duas subsescalas - vergonha interna e autoestima, sendo a primeira central neste questionário. Os itens são respondidos numa escala de 0 “Nunca” a 4 “Quase sempre”. Quanto maior a pontuação do fator, maior será o construto que ele avalia. Na escala original, os valores de consistência interna foram elevados, sendo o valor do alpha de *Cronbach* de .95 e .90 para a subescala de Vergonha Interna e Auto-estima, respetivamente. Apresentam também uma boa estabilidade temporal. Os resultados da Versão Portuguesa vão de encontro aos obtidos na original, sendo o valor do alfa de *Cronbach* de .95 e .85 para a subescala de Vergonha Interna e Auto-estima, respetivamente, assim como uma boa estabilidade temporal.

A *Escala de Vergonha Externa (OAS: Other Shame*, Gilbert & Allan, 1984; versão portuguesa: Lopes, Pinto-Gouveia & Castilho, 2005) é composto por 18 itens, que avaliam a vergonha externa, ou seja, o modo como acham que os outros o vêem e que estão distribuídos em 3 fatores: Inferioridade, Vazio, Reacção dos outros aos meus

erros. Os sujeitos respondem aos itens numa escala tipo Likert numa escala de 0 (“Nunca”) a 4 (“Quase sempre”). Quanto maior a pontuação, maior será o nível de vergonha externa.

Na versão original, o valor do alpha de *Cronbach* foi de .92, apresentando assim uma consistência interna elevada. Por sua vez, também a Versão Portuguesa obteve uma consistência interna elevada, em que o alpha de *Cronbach* é de .90. Quanto às subescalas, os valores de alpha de *Cronbach* variam entre razoáveis e bons, visto que na a subescala de Inferiordade apresentou um alpha de *Cronbach* de .81, a subescala de vazio obteve um alpha de *Cronbach* de .76 e a subescala de reacção dos erros revelou um alpha de *Cronbach* de .81.

A *Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização* (FSCRS: Forms of self-critising/atacking & self-reasuring scale; Gilbert et al., 2004; Versão Portuguesa: Castilho e Pinto-Gouveia, 2005) é composta por 22 itens e avalia a forma como as pessoas se auto-criticam e auto-tranquilizam perante situações de fracasso. É composto por 3 subescalas: Eu inadequado (avalia o sentimento de inadequação do eu perante os fracassos e obstáculos), Eu tranquilizador (atitude positiva, calorosa, de conforto e de compaixão para com o eu), Eu Detestado (avalia resposta mais auto-destrutiva baseada na auto-repugnância, raiva e aversão em situações de fracasso, caracterizada pelo desejo de se magoar/agredir). Verificou-se uma boa consistência interna em ambas as versões, uma vez que os valores do alpha de *Cronbach* se situaram entre .62 e .90. Verificou-se uma boa validade divergente e convergente em ambas as versões.

A *Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Ansiedade* (ADIS-IV: Anxiety Disorders Interview Schedule; DiNardo & Barlow, 1994; Versão Portuguesa: Pinto-Gouveia, Galhardo & Fonseca, 2001) é uma das entrevistas semi-estruturadas mais utilizadas para o diagnóstico das perturbações de ansiedade para adultos. Fornece

uma informação detalhada sobre aspetos clinicamente relevantes das perturbações, tais como aspectos situacionais e cognitivos que geram ansiedade, intensidade da ansiedade, classificação do grau de evitamento, acontecimentos precipitantes do problema e história do problema. Avalia as perturbações de ansiedade de acordo com os critérios presentes no DSM-IV (APA, 2002). Inclui também secções para o diagnóstico de perturbações de humor, somatoformes e de abuso de substâncias, dada a sua elevada comorbilidade com as perturbações ansiosas. Ao nível das características psicométricas, apresenta boa a excelente fidedignidade, apresentando valores de alpha de *Cronbach* entre .60 e .86. Embora esta entrevista se baseie nos critérios da DSM-IV, aquando da administração da mesma, houve cuidado por parte dos entrevistadores de avaliar a Agorafobia e a Perturbação de Ansiedade Social restrita ao Desempenho à luz da DSM-V (APA, 2013). Nesta entrevista, o indivíduo deverá responder “sim” ou “não”, consoante o sintoma esteja ou não presente, mas que, por vezes, deverá ser explorado para se perceber se de facto o sintoma está presente. Assim, consoante o total de respostas com “sim”, é efetuado o cálculo do número total de respostas respondidas com “sim” para efetuar o diagnóstico. Se isto acontecer, deve-se perguntar ao indivíduo quanto é que estes sintomas interferem na sua vida numa escala de 0 a 8 (0- Nenhum, 8- Muito). Para que o diagnóstico seja atribuído é necessário que tenha uma interferência mínima de 4.

Quadro 1
Consistência Interna dos instrumentos utilizados na investigação

Medidas	α
SIAS	.88
SFA _{total}	.86
SFA _{comportamento}	.83
SFA _{ativação}	.85
ISS _{vergonha_interna}	.93
DASS _{depressão}	.91
OAS	.94
FSCRS _{auto_criticismo}	.70

Procedimento

A amostra clínica foi recolhida em hospitais, clínicas privadas e serviços de ação social da Universidade de Coimbra. Adicionalmente foram selecionados alunos através de um screening: seleção dos indivíduos com pontuações acima do ponto de corte no SIAS (i.e. 36 pontos). Todos os indivíduos assim obtidos foram submetidos a uma entrevista clínica estruturada (ADIS-IV) Se preenchessem os critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 2012) para a PAS, eram selecionados para a amostra clínica.

Estratégia analítica

Após a recolha de dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – versão 20).

Para se averiguar diferenças entre género na distribuição das escalas utilizadas, assim como diferenças entre este construto e as variáveis idade e nível sócio-económico. A discriminação do nível sócio-económico na amostra foi utilizada a classificação de Simões (1994). No entanto é de salientar que como a amostra não possuía um número equilibrado de sujeitos pelos diferentes níveis, juntou-se o nível alto ao nível sócio-económico médio.

A aderência à normalidade foi avaliada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* e os desvios pela assimetria (*skewness*) e pelo achatamento (*kurtosis*). A análise das observações aberrantes (*outliers*) foi feita através da representação gráfica dos resultados (diagramas de caixas).

Para a realização das correlações, usou-se o teste paramétrico de *Pearson*. Foram considerados como referência para a avaliação das magnitudes, os valores estipulados por Pestana e Gageiro (2005), que sugerem que um quociente de correlação inferior a .20 revela uma associação muito baixa; um valor entre .21 e .39 uma associação baixa;

entre .40 e .69 moderada; entre .70 e .89 elevada e superior a .90 uma associação muito elevada.

Para a realização das regressões, foram tidas em consideração os pressupostos referenciados por Pestana e Gageiro (2005): linearidade, homocedasticidade (medido através do teste de *Goldfield e Quandt*), autocorrelação (medido através do teste de *Durbin-Watson*) e normalidade dos resíduos. Relativamente ao número de variáveis predictoras nas regressões múltiplas, utilizou-se o critério estabelecido por Field (2009) que exige 10 casos por preditor. Tendo a presente amostra 32 indivíduos, nenhuma regressão teve mais 3 predictoras.

Uma vez que se pretendeu analisar o efeito mediador de variáveis modificáveis (*changeble variable*) entre uma variável independente e uma variável dependente, realizou-se uma mediação (Jose, 2013). Procurou perceber-se se a presença da variável mediadora (na regressão) diminuía a magnitude da relação entre uma variável independente e variável dependente (Abbad & Torres, 2002). Para este procedimento estatístico, usou-se como referência Baron e Kenny (1986) que estabeleceram um procedimento padrão na investigação em psicologia para a mediação (MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West, & Sheets, 2002). Para a verificação das condições necessárias para uma variável poder ser considerada um mediador, consequentemente, averiguação da significância da mediação, seguiu-se o modelo dos 4 passos (Kenny, 2014; PSU, 2012): (i) estabelecimento da existência de um efeito a mediar, através de uma regressão linear simples entre a variável independente e variável dependente (trajetória *c*), (ii) cálculo do poder preditivo da variável independente nas variáveis mediadoras, através de uma regressão linear simples (trajetória *a*), (iii) cálculo do poder preditivo das variáveis mediadoras na variável dependente através de uma regressão linear simples (trajetória *b*); e (iv) cálculo do poder preditivo da variável independente e

das variáveis mediadoras na variável dependente, através de uma regressão linear múltipla (trajetória c'). Neste estudo em particular, em todas as trajetórias, a sintomatologia depressiva foi controlada.

Para a verificação de diferenças entre grupos, recorreu-se a análises de variância (teste t para amostras independentes, teste de quiquadrado). Sempre que houve necessidade de comparar grupos cujo N era inferior a 30 realizaram-se análises não paramétricas por forma a obter uma maior precisão nos resultados alcançados. Não tendo verificado quaisquer diferenças, optou-se por reportar os valores obtidos nas análises estatísticas paramétricas, consideradas análises mais conservadoras e fidedignas.

Resultados

Análises Preliminares

Para averiguar se as variáveis em estudo foram provenientes de uma amostra com distribuição normal, procedeu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), visto que a amostra incluía mais de 30 sujeitos (SPSS, 1999 *cit in* Maroco, 2011). Este demonstrou que quase todas derivaram de uma amostra com distribuição normal, uma vez que se situavam acima de .05 (Marôco, 2011). No entanto, as que não derivaram de uma amostra com distribuição normal (SFA_{total} , $SFA_{comp.}$, OAS) não comprometeram a sensibilidade dos resultados, uma vez que os valores da curtose e da assimetria não se afastaram da unidade (Almeida & Freire, 1997). Não foram encontradas observações aberrantes (*outliers*) nem não-respostas (*missings*). Para além disso, foram realizados testes para examinar a adequação dos dados para as análises de regressão. A análise dos gráficos de dispersão dos resíduos mostraram que os resíduos foram distribuídos normalmente, tiveram linearidade e homocedasticidade. Juntamente com os bons resultados no teste de Durbin-Watson, estes resultados sugerem que os dados são, no seu conjunto, adequados para as análises de regressão.

Associações entre ansiedade social, atenção autofocada, autocrítico, vergonha interna e vergonha externa

As análises das correlações (Quadro 2) permitiram verificar que além de correlacionadas positiva e estatisticamente significativas, a medida de Atenção autofocada e seus valores estão associados moderadamente a maiores níveis de ansiedade social, vergonha (quer interna, quer externa) e autocrítico. Foram também calculadas as correlações de sintomatologia depressiva com todas as variáveis do estudo para averiguar a necessidade de a controlar nos estudos subsequentes. Esta necessidade foi confirmada, visto que a depressão está correlacionada, positiva, moderada e estatisticamente significativa com a vergonha interna e com a atenção autofocada (quer no comportamento, quer na ativação fisiológica).

Quadro 2

Intercorrelações entre os resultados dos instrumentos (N=32)

Medidas	1	2	3	4	5	6	7
1.SIAS	1						
2.SFA _{total}	.51**	1					
3.SFA _{comp.}	.42**	.78**	1				
4.SFA _{ativ.}	.44**	.90**	.43*	1			
5.FSCRS _{ac}	.54**	.43**	.42*	.33	1		
6.ISS _{vi}	.70**	.63**	.64**	.47**	.74**	1	
7.OAS	.54**	.39*	.52**	.20	.36*	.67**	1
8.DASS _{dep}	.31	.52**	.41**	.49**	.29	.54**	.56*

Nota: SIAS = Escala de Ansiedade da Interação Social; SFA_{total} = Escala de atenção autofocada; SFA_{comp.} = Escala de atenção autofocada (fator SFAcomportamento); SFA_{ativ.} = Escala de Atenção Autofocada (fator SFAativação); FSCRS_{ac} = Escala de Formas de Autocrítico e de Autotranquilização (fator “Eu Inadequado” + “Eu Detestado” = Autocrítico); ISS_{vi} = Escala de Vergonha Interna (fator “Vergonha Interna”); OAS_{total} = Escala de Vergonha Externa, DASS_{dep.} = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (fator “Depressão”).

*p<0.05; **p<0.01

Efeito mediador do auto crítico na relação entre Ansiedade Social e a Atenção Auto Focada

Conforme explicado anteriormente, utilizaram-se os procedimentos indicados por Baron e Kenny (1986) para a realização da mediação. Em todas as regressões efetuadas,

foi controlado o valor da sintomatologia depressiva, colocando o fator Depressão do DASS (DASS_{dep.}) como primeiro preditor. Relativamente ao género, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na distribuição de nenhuma das variáveis em estudo. Como tal, não se verificou necessidade de controlar a variável género.

Começou por se analisar a predição da atenção autofocada (total e fatores da SFA) pela ansiedade social (SIAS) – trajetória c. Verificou-se que a ansiedade social (SIAS) apenas predizia o total da atenção autofocada, explicando 12.90 %, sendo que a depressão continuou a ser um preditor significativo (Modelo 2: $R^2 = .40$, $F_{(2,29)} = 9.64$, $p = .001$; $\Delta R^2 = .129$, $\Delta F = 6.21$, $p = .019$; $\beta = .38$, $p = .019$; $\beta_{dep.} = .40$; $p = .013$). De salientar que, embora não se tenha verificado a predição da atenção autofocada no comportamento pela ansiedade social (Modelo 2: $R^2 = .32$, $F_{(2,29)} = 6.78$, $p = .004$; $\Delta R^2 = .080$, $\Delta F = 6.78$; $p = .004$; $\beta = .30$, $p = .75$; $\beta_{dep.} = .39$; $p = .021$), decidiu-se continuar com a mediação uma vez que este se encontrava perto do nível de significância. Julga-se que o facto da amostra ter um número reduzido de indivíduos e o fator comportamento possuir poucos itens, sejam justificações possíveis para o valor de p não ser significativo. Posto isto, passou-se a dispor de duas variáveis dependentes - SFA_{total} e SFA_{comp.}

De seguida, analisou-se o poder preditivo da ansiedade social (SIAS) sobre o autocrítico (FSCRS_{ac}), vergonha interna (ISS_{vi}) e vergonha externa (OAS) – trajetórias a. A sintomatologia depressiva (DASS_{dep.}) apenas se revelou uma preditora significativa para a vergonha. Todas as variáveis foram preditas significativamente pela ansiedade social (SIAS). A ansiedade social explicou 22.30 % do autocrítico (Modelo 2: $R^2 = .30$, $F_{(2,29)} = 6.34$, $p = .005$; $\Delta R^2 = .223$, $\Delta F = 9.29$, $p = .005$; $\beta = .50$, $p = .005$), 30,30 % da vergonha interna (Modelo 2: $R^2 = .60$, $F_{(2,29)} = 21.66$, $p < .001$; $\Delta R^2 = .303$, $\Delta f = 21.88$; $p < .001$; $\beta = .58$, $p < .001$; $\beta_{dep.} = .36$; $p = .006$) e 14,20 % da

vergonha externa (Modelo 2: $R^2 = .45$, $F_{(2,29)} = 12.08$, $p < .001$; $\Delta R^2 = .142$, $\Delta f = .7.56$, $p = .010$; $\beta = .40$, $p = .010$; $\beta_{dep.} = .44$; $p < .0067$). A depressão assumiu-se como preditora significativa da vergonha interna e vergonha externa.

No que diz respeito à trajetória b, nem o autocrítico nem a vergonha externa se revelaram preditoras da atenção autofocada (tanto no total, como no $SFA_{comp.}$). A vergonha interna explicou 17% da atenção autofocada (Modelo 2: $R^2 = .44$, $F_{(2,29)} = 11.41$, $p = .001$; $\Delta R^2 = .17$, $\Delta F = 8.79$; $\Delta p = .006$; $\beta = .49$, $p = .006$; $\beta_{dep.} = .25$; $p = .137$) e 20 % da atenção focada no comportamento (Modelo 2: $R^2 = .44$, $F_{(2,29)} = 11,33$, $p < .000$; $\Delta R^2 = .20$, $\Delta F = 10.35$; $p = .003$; $\beta = .53$, $p < .003$; $\beta_{dep.} = 1.98$; $p = .242$). Nestas duas situações, a sintomatologia depressiva perdeu o seu poder preditivo no modelo 2.

Para concluir, realizaram-se as mediações com a ansiedade social (SIAS) como variável independente, a vergonha interna (ISS_{vi}) como variável mediadora e a atenção autofocada (SFA) e atenção autofocada no comportamento ($SFA_{comp.}$) como variáveis dependentes – trajetória c'. No que concerne à mediação da ansiedade social e a atenção autofocada (SFA_{total}) pela vergonha interna, esta não se revelou um mediador significativo (Modelo 3: $R^2 = .45$, $F_{(3,28)} = 7.77$, $p = .001$; $\Delta R^2 = .055$, $\Delta F = 2,81$ $\Delta p = .105$; $\beta = .49$, $p = .105$; $\beta_{dep.} = .267$; $p < .122$; $\beta_{sias} = .164$; $p = .408$). No entanto, o modelo foi significativo, o que sugere que nenhuma das variáveis explica isoladamente a relação entre ansiedade social, em que ambas dão um contributo para a significância do modelo. Relativamente à relação entre ansiedade social e atenção autofocada no comportamento ($SFA_{comp.}$), a vergonha interna revelou-se como um mediador significativo e explicou 12 % da relação entre ansiedade social e vergonha (Modelo 3: $R^2 = .44$, $F_{(3,28)} = 7.3$, $p = .001$; $\Delta R^2 = .12$, $\Delta F = 5.99$; $\Delta p = .021$; $\beta = .55$, $p = .021$; $\beta_{dep.} = .196$; $p = .257$; $\beta_{sias} = -.019$; $p = .926$), anulando a predição da depressão e o efeito da

trajetória c (Modelo 3: $\beta = -.019$; $p = .771$), apontando num sentido de uma mediação total (Figura 1)

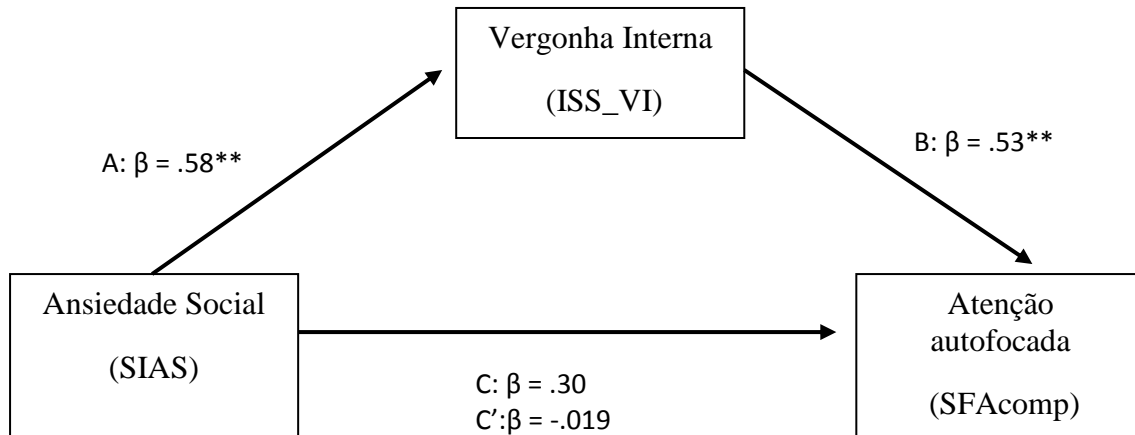


Figura 1

A relação entre a Ansiedade Social (SIAS total) e a Atenção Autofocada no comportamento (SFA comportamento), mediada pela vergonha interna (ISS vergonha interna), controlando a medida de sintomatologia depressiva (DASS_DEP)

Nota: A = relação entre a variável independente e o mediador; B = relação entre o mediador e a variável dependente; C = o efeito direto da variável independente na variável dependente; C' = efeito indireto da variável independente na variável dependente, quando controlado pelo mediador.

* $p < .05$, ** $p < .01$,

Por fim, foi calculado o teste de Sobel, que se revelou significativo ($z = 2.87$, $p = .004$), revelando que a vergonha interna é significativamente um mediador da relação entre a ansiedade social e a atenção autofocada no comportamento.

Discussão

O objetivo do presente estudo consistiu em explorar a relação entre o construto de atenção autofocada apresentado pelos modelos cognitivos como um importante fator de manutenção da PAS, com conceitos oriundos da perspectiva evolucionária. Para levar a cabo este objetivo foram calculadas correlações e regressões para analisar relações entre

variáveis e explorar o papel mediador das variáveis evolucionárias na relação entre ansiedade social e atenção autofocada.

Primeiramente, foi verificada a relação entre ansiedade social e atenção autofocada, corroborando os resultados de estudos anteriores (Bogels & Mansell, 2004; Hoffman, 2000; Woody & Rodriguez, 2000; Zou, Hudson & Rapee, 2007). No entanto, a correlação mais forte, além das correlações entre fatores, é a que relaciona a medida de vergonha interna com ansiedade social e de seguida com a atenção autofocada. Esta correlação levanta a hipótese que talvez a ansiedade social possa estar mais associada ao sentimento de vergonha de si próprio, do que vergonha pela imagem que os outros possam ter de si, que será melhor explorado na análise das regressões. Ao contrário do esperado, a vergonha externa não se revelou correlacionada com a atenção focada na ativação fisiológica.

Relativamente às regressões, verificou-se que a ansiedade social tinha um poder explicativo de 13 % da atenção autofocada, corroborando o modelo de Clark e Wells (1995) que postulam que este processo atencional constitui-se como um dos principais fatores de manutenção e exacerbação da Perturbação de Ansiedade Social.

No que concerne à regressão com o autocrítico, verificou-se que ansiedade social explica 23 % deste construto. Este resultado corrobora o estudo de Cox et al. (2000) que indentificam o autocrítico como importante no desenvolvimento e manutenção da Perturbação de Ansiedade Social. De salientar que a depressão não prediz o autocrítico, o que revela que este construto na ansiedade social, está mais associado à ansiedade social, do que à sintomatologia depressiva. Contudo, ao contrário do hipotetizado, o autocrítico não se verificou preditor da atenção autofocada, como foi hipotetizado e portanto também não se realizou a mediação com esta variável a mediar a relação entre ansiedade e atenção autofocada. Postula-se que este resultado

com o facto da atenção autofocada ser um processo atencional que tem lugar durante a situação, ao contrário da crítica, que acontece maritariamente depois. Esta hipótese vai de encontro ao estudo de Amaral, Castilho e Pinto-Gouveia (2010) que verificou uma correlação positiva e significativa entre o autocrítico e a ruminação. De salientar ainda que Seabra e Salvador (2004) verificaram que o autocrítico explica 11.50 % do processamento pós-situacional (tipo específico de ruminação). Embora o autocrítico não explique a atenção autofocada, visto que ocorrem em momentos diferentes, estes revelaram-se correlacionados positivamente, assim como no estudo de Schultz e Heimberg, 2008. Este resultado sugere que atenção autofocada pode salientar erros que depois serão alvo de ruminação e autocrítico

No que diz respeito, às regressões realizadas com a vergonha, uma vez que ambas são preditas pela ansiedade social, esta explica mais vergonha interna (30 %) do que da vergonha externa (14 %), embora estejam correlacionadas entre si. Isto vai contra o que é teoricamente postulado, porque como a vergonha externa está associada ao pensamento de que os outros o irão julgar, seria de esperar que as correlações fossem mais elevadas com esta. Hipotetiza-se que os indivíduos com níveis elevados de ansiedade tenham uma imagem de si negativa e inferior (Gilbert, 2000), e por isso demonstrem medo de serem julgados e rejeitados, por considerarem que os outros também os vêem deste modo. No entanto, é de salientar que na presença de ansiedade social, apesar da depressão continuar a prever a vergonha interna, esta preditora perde significância. Por outro lado, é melhor preditor a explicar a vergonha externa (31 %), não sendo um resultado esperado. No entanto, este resultado pode justificar-se com o facto dos indivíduos que possuem sintomatologia depressiva se verem como inferiores aos outros (Allan and Gilbert, 1995; Swallow and Kuiper, 1988). tendo a adotar

comportamentos submissos (Allan and Gilbert, 1997; Forrest and Hokanson, 1975) e não são assertivos perante os outros. (Arrindell *et al.*, 1990).

A vergonha interna foi a única preditora da atenção autofocada, explicando 17 % desta variável. No entanto, a vergonha interna não se verificou como variável mediadora da relação entre ansiedade social e atenção autofocada no seu global, mas verificou-se que esta possui um efeito mediador na relação entre ansiedade social e atenção autofocada no comportamento. Postula-se que a primeira mediação não se tenha verificado significativa, uma vez que o comportamento é mais visível ao olhar dos outros do que a maior parte dos sinais fisiológicos da ansiedade e por isso causa um maior sentimento de vergonha. Sendo o total da escala composta por ambos, é plausível que não se tenha revelado significativa.

O facto da vergonha interna possuir um efeito mediador total na relação entre ansiedade social e atenção autofocada no comportamento sugere que o facto do sujeito se ver como inferior e incompetente explica melhor a atenção autofocada no comportamento do que a ansiedade social. Isto sugere que a imagem que o sujeito tem de si, vai fazer com que se auto-foque nas suas atitudes e comportamentos para impedir possíveis falhas, que poderão ser alvo de crítica por parte dos outros (Gilbert, 1998).

Conclusões gerais e limitações

Este estudo permitiu relacionar variáveis que provinham de modelos cognitivos e comportamentais clássicos com variáveis relacionadas com a perspectiva evolucionária. Os resultados permitiram verificar que investigar ou intervir na atenção autofocada como um elemento isolado pode não ser eficaz, uma vez que este se encontra associado à vergonha e autocrítica. Este estudo representa implicações clínicas, uma vez que demonstra a importância da inclusão destes construtos no tratamento de doentes com

Perturbação de Ansiedade Social que possuam elevados níveis de vergonha e autocrítico. Um dos melhores métodos para que tal aconteça será realizar-se uma Terapia Focada na Compaixão para que estes indivíduos aprendam a ser compassivos, calorosos e tranquilizadores consigo próprios.

Não obstante à relevância deste estudo, podemos ainda apontar algumas limitações, em que uma delas está relacionada com o número reduzido de sujeitos na amostra. Por sua vez, o facto de se tratar de um estudo transversal e não longitudinal, não permite fazer inferências causais, devido ao problema de circularidade. Para estudos futuros seria pertinente que um próximo estudo utilize uma amostra com um maior número de sujeitos para que se possam retirar conclusões mais significativas e representativas acerca deste quadro clínico. Sugere-se ainda que um próximo estudo utilize uma componente terapêutica, ou seja, utilizem a Terapia Focada na Compaixão em indivíduos com Perturbação de Ansiedade Social para que se possa verificar se efectivamente há impacto significativo neste quadro clínico. Apesar das limitações que este estudo comporta, ele revelou-se útil para a investigação e para a prática clínica. No que respeita à prática clínica, salienta a importância de para além de se continuar a trabalhar a relação do indivíduo com o outro, dar particular atenção à imagem que o sujeito tem de si como um eu inferior, incompetente, sem talento e defeituoso, i.e., aspetos de vergonha interna.

Referências bibliográficas

Abbad, G. & Torres, C. V. (2002). Regressão múltipla stepwise e hierárquica em psicologia organizacional: Aplicações, problemas e soluções. *Estudos em Psicologia Natal*, 7, 19-29.

- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5th ed.). Braga: Psiquilíbrios edições.
- Allan, S. & Gilbert, P. (1995). A Social Comparison Scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences* 19, 293–299.
- Allan S, Gilbert P. 1997. Submissive behavior and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 467–488.
- Amaral, V., Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2010). A contribuição do auto-criticismo e da ruminação para o afecto negativo. *Psychologica*, 52(2), 271-292.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: Author.
- Arrindell, W.A., Sanderman R, Hageman W., Pickersgill M. J., Kwee M. G. T., Van der Molen, H. T. & Lingsma, M. M. (1990) Correlates of assertiveness in normal and clinical samples: A multidimensional approach. *Advances in Behaviour Theory and Research* 12, 153–282.
- Barrett, K. C. (1995). A Functionalist Approach to Shame and Guilt. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.) *Self conscious emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. (pp.25-63). New York: Guilford Press.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (2986). The moderator-mediator variable distinction on social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi: 10.0137/0022-3514.51.6.1173.
- Bögels, S., Alberts, M., Jong, P. (1996). Self-consciousness, self-focused attention, blushing propensity and fear of blushing. *Personality and Individual Differences*, 21, 573-581. Doi: S0191-8869(96)00100-6

- Bögels, S., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24, 827-856. Doi:10.1016/j.cpr.2004.06.005
- Buss, D. M., & Craik, K. H. (1980). The frequency concept of disposition: Dominance and prototypically dominant acts. *Journal of Personality*, 43, 379-392
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1981). The self-attention induced feedback loop and social facilitation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 17, 545-568.
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão Portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63-86.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (69-93). New York: Guilford.
- Cook, D. R. (1994). *Internalized Shame Scale. Technical manual*. North Tonawanda, New York: Multi Health Systems, Inc.
- Cox, B. J., Rector, N. A., Bagby, R. M., Swinson, R. P., Levitt, A. J., & Joffe, R. T. (2000). I self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 57, 223-228.
- Cox, B. J., Walker, J. R., Enns, M. W. & Karpinski, D. C. (2002). Self-Criticism in Generalized Social Phobia and Response to Cognitive-Behavioral Treatment. *Behavior Therapy*, 33, 479-491.
- DiNardo, P., Brown, T., & Barlow, D. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. Albany, NY: Graywind Publications.

- Duval, T. S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic.
- Eifert, G. & Forsyth, J. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: a practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies self-consciousness, self-attention, and social interaction*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Fernandes, A. F. & Salvador, M. C. (manuscrito em preparação). Contributo de variáveis evolucionárias nos processos atencionais da Perturbação de Ansiedade Social
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3thed.). Londres: SAGE Publications Ltd.
- Forrest, M. S, Hokanson J. E. (1975). Depression and autonomic arousal reduction accompanying self-punitive behavior. *Journal of Abnormal Psychology* 84, 346–357.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychological*, 70, 113-147.
- Gilbert, P. (1989). *Human Nature and Suffering*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. & McGuire, M. T. (1998). Shame, social role and status: The psychobiological continuum from monkey to human. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame, Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*. (pp. 3-38). New York: Oxford University Press.

- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(3), 174-189. doi:10.1002/1099-0879(200007)7:3%3C174::AIDCPP236%3E3.0.CO;2-U.
- Gilbert, P. (1998). What is Shame? Some Core Issues and Controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame, Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*. (pp. 3-38). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, Research and Use in Psychotherapy*. Hove: Routledge.
- Jose, Paul (2013). *Doing statistical mediation & moderation*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Marôco, J. P. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.^a ed. ReportNumber. Pero Pinheiro
- Mattick, R. & Clarke, J. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav. Res. Ther.*, 36, 455-470.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress (EDAS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 229 – 239.
- Pestana, M & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3^aed.). Lisboa: Edições Silabo.

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005b). *Descobrimdo a regressão: Com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, José (2000) *Ansiedade Social: da timidez à Fobia Social*. Coimbra: Quarteto Editora
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., & Salvador, M. C. (2003). Assessment of Social Phobia by Self-Report Questionnaires: The Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale and the Social Phobia Safety Behaviors Scale. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 31, pp. 291-311
- Rapee, R. M. & Sanderson, W. C. (1998) *Social Phobia: Clinical Application of Evidence – Based Psychotherapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Rebelo, S. & Salvador, M. C. (2012). *Fobia Social em Adolescentes: O papel da Vergonha e do Autocriticismo*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Seabra, D. & Salvador, M. C. (2014) (Manuscrito em publicação). A ruminação que vem depois.
- Shahar, G. & Gilboa-Shechtman, E. (2007). Depressive Personality Styles and Social Anxiety in Young Adults. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 4, 275-284.
- Schultz, L. T. & Heinberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28, 1206-1221. Doi: 10.1016/j.cpr.2008.04.003
- Simões, M. R. (1994). Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.). Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialização em Avaliação Psicológica,

apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Swallow, S. R., Kuiper, N.A. (1988). Social comparison and negative self evaluation: An application to depression. *Clinical Psychology Review* 8, 55–76.
- Tabachnick, G. G., & Fidell, L. S. (2007). *Experimental Designs Using ANOVA*. Belmont, CA: Duxbury.
- Tangney J. & Dearing R. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.
- Zou, J. B., Hudson, J. L., Rapee, R. M. (2007). The effect of attentional focus on social anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2326-2333.
- Woody, S. R. & Rodriguez, B. (2000). Self-focused attention and social anxiety in social phobics and normal controls. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 473-488.