



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

***Como estar entre os outros: O álcool como uma
estratégia de Evitamento Experiencial na Ansiedade
Social***

Fabiana Tomé (e-mail: fabiana89@live.com.pt)

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

Fabiana Tomé

***COMO ESTAR ENTRE OS OUTROS? O ÁLCOOL COMO
UMA ESTRATÉGIA DE EVITAENTO EXPERIENCIAL
NA ANSIEDADE SOCIAL***

Fabiana Rosário Tomé

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



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria do Céu Salvador, por ter sido mais do que uma orientadora. Obrigado Professora pelos toques de carinho, pela paciência, por todo o apoio e boa disposição. Agradeço-lhe profundamente pela disponibilidade constante, pela oportunidade, sabedoria e rigor que colocava em tudo, com um toque de meiguice que lhe é tão característico. É um exemplo pessoal e profissional.

A todos os doentes que aceitaram participar nesta investigação e a cada um em particular.

À Dra. Ana Feijão, pela oportunidade que me concedeu. Pela amabilidade e incentivo. À Dra. Joana D'Ávó pela simpatia e incansável disponibilidade, demonstrada desde o primeiro dia que me recebeu.

Aos serviços de Saúde da Universidade de Coimbra, em especial à Dra. Ana Melo.

À Dra. Lígia Fonseca, Dra. Margarida Robalo, Dr. Fernando Pocinho, Professora Dr.^a Paula Castilho e ao Dr. Vasco Nogueira por facilitarem o caminho. À Dra. Joana Godinho e à Dr.^a Fátima Carvalho pela disponibilidade.

Aos colegas de tese, pelas reuniões calorosas e lanches animados. À Filipa, Diana e Joana pela simpatia e disponibilidade. Ao Daniel, por ter sido uma das muitas boas descobertas desta viagem. Obrigada pela genuinidade, disponibilidade e partilha. Pela boa disposição e por rir sempre comigo.

Às minhas meninas, à Tânia, Bárbara e a Francisca pelos momentos partilhados! Em especial à Tânia pela longa amizade. Pelo aconchego e incentivo. Obrigada por estares sempre ao meu lado!

Ao Zé e à Elisabeth pelo carinho e amizade, um presente valioso cujo valor não pode ser calculado, a não ser pelo meu coração.

À minha madrinha pela malha de significações. Desde sempre uma referência e uma presença. À Maria Inês por ser a menina dos meus olhos.

À avó Celeste pelo amor, preocupação e disponibilidade manifestada. Ao avô Edmar pelo orgulho e carinho, pela amizade e pelas palavras reconfortantes.

Ao Vítor pelo amor e tudo o que partilhamos. Por me acompanhar e encorajar em todos os momentos. Por estar e permitir que não estivesse.

Ao meu irmão por me ensinar a ver mais longe. Por um amor tão próprio! Pelo apoio e preocupação.

Por fim, aos meus pais por serem o meu “porto seguro”. Por confiarem sempre em mim e me apoiarem em todas as minhas escolhas. Por me reconfortarem nos piores momentos, sendo uma fonte de “combustível emocional”. Obrigada pelo amor incondicional, por serem os melhores pais do mundo. Obrigada por tudo e por nada.

À avó Fernanda, saudade e lembrança, por ser a melhor pessoa que conheci até hoje. Por guardá-la em mim, desde sempre e para sempre!

Ao avô Rosário, saudade e memória, por uma representação tão dócil!

Nota introdutória

A relação entre ansiedade social e o consumo de álcool tem sido amplamente estudada. Vários são os estudos que se debruçam sobre esta relação (Cludius, Stevens, Bantin, Gerlach & Hermann, 2013; Thomas, Randall, & Carrigan, 2003; Windle & Windle, 2012). Com o desenvolvimento da ACT, o evitamento experiencial e o processo oposto- aceitação, tem vindo a prosperar e adaptar-se a diversas patologias (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004).

A presente dissertação apresenta como primeiro estudo a análise da dimensionalidade e das características psicométricas do Questionário da Aceitação e Compromisso, na Ansiedade Social (SA-AAQ: MacKenzie & Kocovski, 2010), que permite uma intervenção terapêutica mais direcionada e eficaz, assim como uma avaliação dos resultados de tratamento mais fidedigna. No nosso país, não se encontrava aferido nenhum instrumento que avaliasse a aceitação e ação na ansiedade social.

O segundo estudo desta dissertação propôs-se a estudar a relação que existe entre as variáveis ansiedade social, aceitação na ansiedade social e álcool numa amostra com 32 indivíduos com Perturbação de Ansiedade Social e outra amostra com 35 indivíduos com Perturbações pelo uso de álcool. Especificamente procurou averiguar-se se a variável aceitação pode mediar a relação entre ansiedade social e as expetativas acerca do álcool.

Os resultados do SA-AAQ demonstraram que se trata de 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 no segundo estudo apenas encontraram relação entre ansiedade social e aceitação da ansiedade, na amostra PAS. Na amostra PUA encontraram-se relações

negativas e significativas entre as expectativas acerca do álcool e ansiedade social; e, entre as expectativas e aceitação da ansiedade. Verificou-se ainda que a aceitação se mostrou mediadora da relação entre ansiedade social e as expectativas acerca do álcool, especificamente expectativas relacionadas com o escape a estados emocionais negativos e expectativas acerca do álcool relacionadas com a diminuição de sentimentos negativos de si mesmo e ansiedade avaliativa, pelo modelo de regressão. No entanto, o teste de *Sobel* não encontrou significância.

Lista de Artigos

Os artigos incluídos nesta dissertação são os seguintes:

- I. Tomé, F. & Salvador, M.C. (2014). *A indisponibilidade para aceitar os eventos internos: estudo das características psicométricas do Questionário de Aceitação e Ação na Ansiedade Social (SA-AAQ) para adultos.*

- II. Tomé, F. & Salvador, M.C. (2014). *Como estar entre os outros? O Álcool como uma estratégia de Evitamento Experiencial na Ansiedade Social*

Artigo I

Tomé, F. & Salvador, M.C. (2014). *A indisponibilidade para aceitar os eventos internos*: estudo das características psicométricas do Questionário de Aceitação e Ação na Ansiedade Social (SA-AAQ) para adultos. Manuscrito submetido para publicação

A indisponibilidade para aceitar os eventos internos: estudo das características psicométricas do Questionário de Aceitação e Ação na Ansiedade Social (SA-AAQ) para adultos

Fabiana Tomé¹

Maria do Céu Salvador ¹

¹Universidade de Coimbra

¹A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Fabiana Tomé

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: fabiana89@live.com.pt

Resumo

Vários estudos com base na Terapia da Aceitação e do Compromisso (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) consideram o evitamento experiencial um processo psicopatológico, implicado na etiologia e manutenção de várias perturbações psicológicas. Na Perturbação de Ansiedade Social, este processo inflexível assume um papel basilar, sendo o seu oposto - a aceitação - o mecanismo de mudança. Para a execução de estudos que permitam compreensibilidade do processo, é necessário desenvolver medidas que avaliem este construto. O presente estudo teve, então, como objetivo a adaptação e validação de um instrumento de avaliação da aceitação na ansiedade social, nomeadamente o Questionário Aceitação e Ação na Ansiedade Social (SA-AAQ).

O estudo foi realizado numa amostra da população geral ($n=302$). A dimensionalidade do SA-AAQ foi testada através da Análise Fatorial Exploratória, que preservou a estrutura bifatorial da versão original. A solução inicial explicou 58.74% da variabilidade das 19 variáveis originais. Quanto às características psicométricas, o SA-AAQ revelou bons valores de consistência interna, quer para o Total da escala (.94), quer para os fatores aceitação (.95) e ação (.83). Apresentou valores aceitáveis de validade convergente, divergente, estabilidade temporal e validade discriminante.

Esta nova medida revela-se, assim, uma ferramenta importante para estudos futuros, pelos contributos significativos que pode trazer à investigação e prática clínica.

Palavras-chave: Aceitação, Ação, Terapia da Aceitação e do Compromisso, Psicopatologia, Ansiedade Social, Avaliação, Análise Fatorial Exploratória

Abstract

Several studies based in the Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) regard the experiential avoidance like a psychopathologic process that was implicated on the aetiology and maintenance of various psychological disorders. In Social Anxiety Disorder (SAD), this inflexible process assumes an essential role. The opposite of this process is acceptance, the mechanism of changed theorized by the model. To increase the comprehensibility of this process and its monitoring in the assessment and intervention in SAD, it is necessary to develop specific measures that evaluate the acceptance construct. This study's aim consisted in the adaptation and validation of an assessment measure of acceptance in social anxiety, namely Social Anxiety – Acceptance and Action Questionnaire (SA-AAQ).

The sample was constituted by normal subjects ($n=302$; 143 men e 159 women). Two additional samples were collected to study the sensibility of the SA-AAQ: a sample of individuals with SAD ($n=32$); and a subsample of individuals from the general population ($n=32$) randomly withdrawn from the bigger sample. An Exploratory Factor Analysis was performed to explore the dimensionality of the SA-AAQ, and it preserved the bifactorial structure of original study (acceptance and action), explaining 58.75% of the variance. The SA-AAQ indicated acceptable values of internal consistency, reasonable to very good temporal reliability in a 4-6 interval, acceptable values of convergent and discriminant validity, and sensitivity to differentiate subjects with SAD. Thereby, this new measure may be an important tool due to the contributions it may bring to research and clinical practice.

KeyWords: Acceptance, Action, ACT, Psychopathology, Social Anxiety, Assessment, Exploratory Factor Analysis

**A indisponibilidade para aceitar os eventos internos: estudo das características
psicométricas do Questionário de Aceitação e Ação na Ansiedade Social (SA-AAQ) para
adulto**

O evitamento experiencial, ou tentativas de mudar a forma ou a frequência dos eventos internos como, pensamentos, sentimentos, sensações corporais, ou memórias, e dos contextos que os proporcionam, é um dos processos chave do modelo da inflexibilidade psicológica (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). As suas principais formas são: a supressão, que consiste na tentativa ativa de controlar a experiência imediata de um evento privado negativo, e o evitamento situacional, que se baseia na tentativa de alterar as características antecedentes associadas a uma maior probabilidade de surgimento de experiências privadas indesejadas (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson, 2004). Esta estratégia tóxica, amplamente utilizada pelo ser humano, resulta da natureza linguística. As funções literais e avaliativas da linguagem humana permitem antecipar o futuro e eventos recados, avaliar o desempenho pessoal numa determinada situação como inferior aos outros, e rotular as respostas como patológicas e aversivas, sendo estes produtos verbais experimentados como os eventos que representam (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Além disso, como os indivíduos não estão disponíveis para estar com experiências internas que causam sofrimento, procuram controlar os eventos privados. No entanto, esta estratégia revela-se contraproducente, aumentando, muitas vezes, a frequência, intensidade e o impacto destes eventos na qualidade de vida, uma vez que o funcionamento interno não segue as regras do funcionamento externo (Hayes et al., 1996; Orsillo, Roemer, Block-Lerner & Tull, 2004).

Neste sentido, a inflexibilidade psicológica é considerada o cerne da psicopatologia, na qual o comportamento humano é excessiva e inapropriadamente regulado pelos processos verbais (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). A fusão com pensamentos avaliativos e autodescritivos e a tentativa de evitar eventos internos experienciados como indesejados,

reduzem o contato com o momento presente e, conseqüentemente, a probabilidade de desempenhar ações em prol dos próprios valores (Bond et al., 2011).

Atendendo ao caráter nocivo do evitamento experiencial, a Aceitação torna-se imprescindível para a promoção da flexibilidade psicológica. Este processo pode ser descrito como a experiência completa das emoções e das sensações corporais, tal como são, no contexto onde decorrem, sem as controlar ou julgar (Hayes et al., 2004). Este conceito é diferente de tolerância por se tratar de uma escolha e envolver uma postura mais acolhedora para com a experiência interna (Twohig, 2012). Implica notar os eventos internos vivenciados, parar com os evitamentos ou com a manipulação dos mesmos, e aceitá-los ativa e conscientemente (Eifert & Forsyth, 2005). Trata-se de uma estratégia de regulação emocional que promove o abandono consciente de comportamentos que servem o evitamento experiencial (Follette, Palm & Rasmussen Hall, 2004).

Quando o comportamento deixa de ser orientado pelo controlo ou evitamento das experiências internas, as ações dos indivíduos servem os seus valores (Bach & Moran, 2008). Este processo denominado de Ação com Compromisso, consiste num redireccionamento contínuo do comportamento de modo a construir um repertório cada vez maior de comportamento flexível e que permanece eficazmente ligado a um determinado valor (Twohig, 2012). A Ação comprometida auxilia o indivíduo a repor a sua vida no caminho certo quando, ao deparar-se com uma divergência, escolhe redirecionar o comportamento no sentido do que valoriza, fazendo a vida valer a pena (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012).

De acordo com o modelo de Herbert e Cardaciotto (2005), a inflexibilidade psicológica revela-se determinante no desenvolvimento e manutenção da Perturbação de Ansiedade Social (PAS). Os autores postulam que as situações sociais, no contexto da predisposição genética ou apreendida para a ansiedade social, produzem, simultaneamente ativação fisiológica e cognitiva. Quando os pensamentos e sentimentos relacionados com ansiedade são

desencadeados, verifica-se um aumento da consciência interna e uma diminuição na atenção aos estímulos externos. É nesta fase que os níveis de aceitação se revelam cruciais, já que os efeitos do aumento da atenção auto foçada dependem dos níveis de aceitação. Assim, num contexto de elevada aceitação, a ativação fisiológica e cognitiva seria apenas observada, não havendo, por isso, tentativas de controlo ou evitamento, sendo o impacto sobre o desempenho comportamental, por conseguinte, mínimo. Já num contexto de reduzida aceitação, o indivíduo recorre a um conjunto de estratégias de evitamento experiencial com propósito de alterar a forma e a frequência dos pensamentos e sentimentos. Porém, estas estratégias tornam as experiências ainda mais salientes, formando-se, assim, um ciclo vicioso que conduz ao aumento da ativação, aumento da consciência e mais esforços no sentido de controlar a experiência interna. Por consequência, torna-se frequente evitar situações, o desempenho em situações sociais é afetado e o próprio repertório comportamental fica limitado.

Resumindo, a aceitação constitui-se também como um processo comportamental importante na manutenção da PAS e na intervenção nesta perturbação, implicando que o mecanismo de mudança seria o reforço de uma posição, a partir da qual os eventos internos são vistos como, respostas universais transitórias e naturais que surgem a partir das nossas interações com o meio ambiente (Orsillo et al., 2004). Efetivamente, numa revisão de vários estudos, Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman (2013) verificaram que os resultados de uma intervenção ACT junto de populações com PAS se revelam favoráveis e, ainda, que uma proporção substancial de indivíduos atinge a remissão total até ao fim do tratamento.

A par do interesse pelas terapias de terceira geração, têm sido desenvolvidos uma ampla gama de instrumentos de avaliação neste domínio. Um dos mais utilizados é o Questionário de Aceitação e Ação-II (*Acceptance and Action Questionnaire: AAQ – II*; Bond et al., 2011), que tem sido adaptado a populações específicas e a certas patologias nomeadamente, dor crónica (*Chronic Pain Acceptance Questionnaire: CPAQ*; McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004),

epilepsia (*Acceptance and Action Epilepsy Questionnaire: AAEPQ*; Lundgren, Dahl, & Hayes, 2008), diabetes (*Acceptance and Action Diabetes Questionnaire: AADQ*; Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007), imagem corporal (*Body Image Acceptance and Action Questionnaire: BI-AAQ*; Sandoz, 2010; Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013), sintomas psicóticos (*Voices Acceptance & Action Scale: VAAS*; Shawyer, Ratcliff, Mackinnon, Farhall, Hayes, & Copolov, 2007) e ansiedade social (*Social Anxiety - Acceptance and Action Questionnaire: SA-AAQ*; MacKenzie & Kocovski, 2010). Em Portugal, foram já estudados o AAQ-II (Pinto-Gouveia & Gregório, 2013) que avalia o evitamento experiencial e a inflexibilidade psicológica; o BI-AAQ (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) que mede o grau de aceitação dos pensamentos e sentimentos negativos relacionados com a imagem corporal; e também o AAQ-TS (Carvalho, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013) que está a ser alvo de validação para a população portuguesa e tem como objetivo avaliar a flexibilidade psicológica em sintomas da PTSD.

Apesar de nos últimos anos, o interesse pela influência do evitamento experiencial e da ausência de ações comprometidas na PAS começar a prosperar, é necessário adaptar e validar medidas específicas relacionadas com aceitação e ação na ansiedade social, que permitam uma avaliação detalhada e compreensível. O Questionário de Aceitação e Ação na ansiedade social (SA-AAQ) (MacKenzie & Kocovski, 2010) é o único instrumento que serve este propósito. Tendo por base o AAQ, foi concebido como uma medida específica de aceitação dos sintomas de ansiedade social. O SA-AAQ é um instrumento de autorresposta que procura avaliar a aceitação e ação em situações sociais. É constituído por 19 itens (e.g., “Preocupa-me poder não conseguir controlar a minha ansiedade social”), respondidos numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, onde 1 corresponde a “nunca verdadeiro” e 7 corresponde a “sempre verdadeiro”. Treze itens integraram o fator aceitação e os restantes seis, o fator ação, sendo que os itens do fator ação são cotados de forma inversa. O resultado global oscila entre os 19 e 133 pontos.

Resultados mais elevados significam maiores níveis de aceitação da ansiedade social. O questionário demonstrou boas características psicométricas, incluindo uma excelente consistência interna ($\alpha=.94$). Encontra-se correlacionado positivamente com outras medidas de aceitação e mindfulness, e negativamente correlacionado com medidas de ansiedade social e sintomas depressivos. A análise em componentes principais com rotação Promax conduziu a uma estrutura bifatorial (fator aceitação e fator ação); contudo, a elevada correlação entre as subescalas do SA-AAQ ($r =.70, p <.001$) sugeriu que os fatores mediam constructos semelhantes. Por este motivo, as autoras optaram por uma estrutura unidimensional. O SA-AAQ revelou sensibilidade aos sintomas de ansiedade social, constituindo-se como um bom preditor da PAS. Na versão portuguesa para adolescentes, foi replicada a estrutura fatorial original e obtidos valores de consistência interna razoáveis a bons, boa estabilidade temporal, boa validade convergente e discriminante, e boa sensibilidade (Vieira, Martins, Salvador, MacKenzie, Kocovski, 2014). O SA-AAQ não se encontra estudado para a população adulta em Portugal, sendo este o objetivo da presente investigação. Pretendeu-se, assim, estudar a sua estrutura dimensional, analisar as suas características psicométricas e elaborar os dados normativos para a população adulta portuguesa. Esperava obter-se uma estrutura bifatorial à semelhança do estudo realizado com adolescentes para a população portuguesa, bons valores de consistência interna e estabilidade temporal, boa validade convergente e discriminante, e boa sensibilidade.

Material e Método

Participantes

Amostra 1: A amostra utilizada para estudar as características psicométricas do SA-AAQ ficou constituída por um total de 302 indivíduos, 143 do género masculino (47.4%) e 159 do género feminino (52.6%), com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos ($M= 28.38; DP=$

11.09). Quanto à ocupação, 151 indivíduos eram estudantes universitários (50%) e os restantes 151 trabalhadores (50%). Ao nível do estatuto socioeconómico, 90 indivíduos encontravam-se no nível baixo (30%), 43 indivíduos no nível médio a alto (14%), 18 indivíduos estavam desempregados ou reformados (6%) e 151 eram estudantes (50%). Relativamente à escolaridade, 43 indivíduos concluíram o ensino básico (14.2%), 167 indivíduos completaram o ensino secundário (55.3%) e 92 indivíduos concluíram o ensino superior (30.5%). A idade revelou diferenças estatisticamente significativas em relação ao género ($t_{(300)} = -2.381$; $p = .018$), tendo os sujeitos do sexo masculino uma idade significativamente superior ($M = 29.97$) aos sujeitos do sexo feminino ($M = 26.95$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no nível socioeconómico ($\chi^2_{(3)} = 7.047$; $p = .070$) e a escolaridade ($\chi^2_{(2)} = 4.837$; $p = .089$) em relação ao género.

Amostra 2: A amostra usada na análise da estabilidade temporal do SA-AAQ era constituída por 84 sujeitos (52 do sexo feminino e 32 do sexo masculino). Foi recolhida após um intervalo de 4 a 6 semanas, da primeira passagem.

Amostra 3: A amostra da população clínica utilizada no estudo da validade discriminante era constituída por 32 indivíduos adultos (25 do sexo feminino e 7 do sexo masculino) com PAS, com idades compreendidas entre os 18 e 59 anos ($M = 26.78$, $DP = 9.22$). Relativamente às comorbilidades, 6 indivíduos preencheram também critérios para a 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 Fobia Específica (12.50%) e 1 para a Perturbação Pós-Stress Traumático (3.10%). No que respeita às perturbações de humor, 8 indivíduos encontram-se, atualmente, deprimidos (25%). Não se verificaram diferenças significativas entre os géneros em relação à idade ($t_{(30)} = .762$; $p = .452$) e ao nível socioeconómico ($\chi^2_{(3)} = 1.280$; $p = .734$).

Amostra 4: A subamostra da população geral utilizada no estudo da sensibilidade foi aleatoriamente retirada da amostra geral utilizada na aferição, tendo apenas sido controlado o número de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino, recolhidos dessa amostra para o emparelhamento com amostra clínica em termos de género. Esta subamostra ficou constituída por 32 indivíduos adultos (25 do sexo feminino e 7 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 18 e 53 anos ($M = 28.19$; $DP = 10.11$). A idade não revelou diferenças estatisticamente significativas em relação ao género ($t_{(30)} = .813$; $p = .423$). Também não se verificam diferenças significativas entre os géneros em relação ao nível socioeconómico ($\chi^2_{(3)} = .904$; $p = .825$).

Instrumentos

Questionário de Aceitação e Ação na Ansiedade Social (SA-AAQ: *Social Anxiety - Acceptance and Action Questionnaire*; MacKenzie & Kocovski, 2010). É um instrumento de autorresposta que procura avaliar a aceitação e a ação em situações sociais. É constituído por 19 itens (e.g., “Preocupa-me poder não conseguir controlar a minha ansiedade social”), respondidos numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, onde 1 corresponde a “nunca verdadeiro” e 7 corresponde a “sempre verdadeiro”. Os itens distribuem-se por dois fatores: a subescala Aceitação com treze itens, e a subescala Ação com seis itens cotados de modo inverso. Resultados mais elevados significam maiores níveis de aceitação da ansiedade social, sem tentar controlar ou evitar a mesma. O SA-AAQ revelou uma elevada consistência interna ($\alpha = .94$) e boa validade convergente, no estudo original.

Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS; Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 2003). É uma medida de autorresposta que avalia os níveis de ansiedade social e evitamento em situações de desempenho e interações sociais. Contempla 44 itens e duas subescalas: a subescala de desconforto/ansiedade e a

subescala de evitamento (e.g. “ir a uma festa”). Ambas são respondidas por uma escala tipo *Likert* de 4 pontos, onde 0 equivale a “nenhum”/ “nunca” e 4 a “severo”/ “quase sempre”. Para cada uma das 44 situações sociais descritas, os respondentes indicam o grau de ansiedade que a situação provoca e a frequência com que a evitam. Valores mais elevados traduzem-se em maior desconforto e evitamentos em situações sociais. Os valores de consistência interna revelaram-se elevados na escala original ($\alpha = .95$ na subescala desconforto/ansiedade; $\alpha = .94$ na subescala evitamento). Também se verificou boa estabilidade temporal ($r = .83$ na subescala de evitamento; $r = .86$, na subescala de desconforto/ansiedade) e boa validade convergente e divergente. Na presente amostra, os valores de consistência interna também se revelaram elevados ($\alpha = .95$ na subescala desconforto/ansiedade; $\alpha = .95$ na subescala evitamento).

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (DASS-21: *Depression Anxiety Stress Scales*; Lovibond, & Lovibond, 1995; versão portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A DASS-21 é a primeira medida de autorresposta que avalia sintomas de Ansiedade, Depressão e Stress. Esta versão reduzida da escala original contempla 21 itens. Os itens são respondidos através de uma escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 corresponde a “não se aplicou nada a mim” e 3 “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”) e remetem para sintomas emocionais negativos, distribuídos de modo equivalente por três subescalas: depressão (e.g., “senti que a vida não tinha sentido”), ansiedade (e.g., “senti dificuldades em respirar”) e stress (e.g., “senti que estava a utilizar muita energia nervosa”). As pontuações de cada subescala variam entre 0 e 21 pontos, sendo que valores mais elevados traduzem-se em níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stress, ou seja, estados afetivos mais negativos. Relativamente à consistência interna por fator, verificou-se elevada consistência interna quer na versão original, quer na versão portuguesa; com alfas entre .74 e .91. Possui também boa validade convergente e discriminante. Na presente amostra, os valores de consistência interna

foram semelhantes aos da escala original e da versão portuguesa: $\alpha = .88$ na depressão, $\alpha = .83$ na ansiedade e $\alpha = .88$ no stress.

Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool (IECPA; Pinto-Gouveia, Costa Borges, Rocha Almeida, Ramalheira, & Robalo, 1993). O IECPA é uma medida de autorresposta que avalia as expectativas pessoais acerca dos efeitos positivos decorrentes do consumo moderado de bebidas alcoólicas. É constituída por 61 itens respondidos através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 corresponde a “não concordo” e 5 “concordo muitíssimo”). Maiores níveis de ingestão de bebidas alcoólicas correspondem a maiores expectativas positivas acerca dos efeitos do álcool. O IECPA permite a obtenção de um resultado total e de resultados correspondentes a seis fatores: Efeitos Globais Positivos e Facilitação das Interações Sociais (e.g., “quando bebo é mais fácil dizer o que penso”), Ativação e Prazer Sexual (e.g., “o meu desejo sexual aumenta depois de beber”), Efeitos Positivos na Atividade e Humor (e.g., “depois de beber o trabalho rende mais”), Escape e Estados Emocionais Negativos (e.g., “o álcool faz-me esquecer os desgostos”), Desinibição Sexual (e.g., “depois de beber fico sexualmente mais desinibido”) e Diminuição de Sentimentos Negativos de Si Mesmo e Ansiedade Avaliativa (e.g., “sinto-me menos sozinho depois de beber”). Apresenta elevada consistência interna na versão original ($\alpha=.89$) e boa estabilidade temporal ($r =.764$). Na amostra do presente estudo, a escala também apresenta muito boa consistência interna ($\alpha =.98$).

Escala de Ansiedade em Situações de Interação Social – SIAS: *Social Interaction Anxiety Scale* (Mattick & Clarke, 1998; versão portuguesa por Pinto Gouveia & Salvador, 2001). É um instrumento de autorresposta que avalia ansiedade decorrente das relações interpessoais. É constituída por 19 itens (e.g., “Quando me expresso, preocupa-me que possa parecer esquisito”) respondidos através de uma escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 corresponde “não é nada caraterístico da minha maneira de ser” e 4 “é extremamente característico da minha

maneira de ser”). Resultados mais elevados traduzem maiores níveis de ansiedade em situações de interação social. Quer a versão original, quer a versão portuguesa apresentam boas características psicométricas. No que diz respeito à fidelidade, a escala revelou elevada consistência interna na versão original ($\alpha = .94$) e na versão portuguesa ($\alpha = .90$), e boa estabilidade temporal. Também apresentou validade convergente aceitável. Nesta amostra, o valor de consistência interna foi muito elevado ($\alpha = .88$).

Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade para o DSM-IV- ADIS-IV: *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994; Pinto-Gouveia & Galhardo, 2001). É uma das mais utilizadas entrevistas semi-estruturada para o diagnóstico dos distúrbios de ansiedade. Fornece uma informação detalhada sobre aspetos clinicamente relevantes dos distúrbios, tais como aspetos situacionais e cognitivos que geram ansiedade, intensidade da ansiedade, classificação do grau de evitamento, acontecimentos precipitantes e história do problema. Avalia as perturbações de ansiedade do DSM, e as perturbações com mais frequência associadas a estas (depressão major e distímia), cujo objetivo último é o estabelecimento do diagnóstico diferencial entre as diversas perturbações de ansiedade, de acordo com os critérios presentes no DSM-IV. Inclui também secções para o diagnóstico de perturbações do humor, somatoformes e de abuso de substâncias, dada a sua elevada comorbilidade com as perturbações ansiosas. Ao nível as características psicométricas, apresenta boa a excelente fidedignidade apresentando valores de *kappa* entre .60 e .86 (DiNardo, Moras, Barlow, Rapee, & Brown, 1993). Embora esta entrevista se baseie nos critérios da DSM-IV (APA, 2002), aquando da administração da mesma, houve o cuidado por parte dos entrevistadores de proceder a modificações decorrentes de alterações incluídas no DSM-5 (APA, 2013).

Procedimento

Uma vez que a tradução do SA-AAQ já se encontrava efetuada para adolescentes (Vieira et al., 2014), apenas rephraseamos as instruções e os itens para adequar a linguagem a uma população adulta. Esta adaptação consistiu basicamente na passagem da primeira pessoa para a terceira pessoa do singular. Após esta adaptação, foi efetuado o procedimento de validade facial. No geral, os 30 sujeitos de nacionalidade portuguesa que responderam, demonstraram uma boa compreensão das instruções dos itens, pelo que não se procedeu a nenhuma alteração no fraseamento dos itens.

Após a escolha da bateria de instrumentos necessária para o estudo, a recolha dos dados respeitou os princípios deontológicos para o efeito. Para além da bateria de instrumentos, o protocolo de investigação incluía uma folha de rosto que explicava os objetivos, assegurava o anonimato e garantia a confidencialidade das respostas; o consentimento informado dos participantes, e uma ficha de recolha de dados demográficos. Com o propósito de controlar possíveis contaminações das respostas, a ordem dos questionários foi contrabalançada. Numa segunda fase, o SA-AAQ voltou a ser administrado a 84 sujeitos da amostra já recolhida com o objetivo de explorar a sua estabilidade temporal.

A amostra clínica foi obtida em Hospitais, Clínicas privadas e Serviços de Ação Social. Adicionalmente foram selecionados alunos através de um *screening*: tendo passado um questionário de ansiedade social (SIAS) a estudantes universitários, selecionaram-se os indivíduos com pontuações acima do ponto de corte. Todos os indivíduos selecionados por este método foram submetidos a uma entrevista clínica estruturada (ADIS-IV) e quando confirmado o diagnóstico do DSM-IV-TR (APA, 2002) para a PAS, eram selecionados para integrar a amostra clínica.

Estratégia Analítica

Para verificar se a amostra cumpria os requisitos mínimos para a execução de uma análise fatorial, utilizaram-se os pressupostos de Hill e Hill (2000) que referem que o número mínimo de respostas válidas (N) por variável (K) para a execução de uma análise fatorial é 50, se $K \leq 5$; $10 \times k$, se $5 < K \leq 15$ e $5 \times K$, se $K > 15$. Neste caso, para os 19 itens do SA-AAQ ($k = 19$), o número mínimo de respostas válidas é 95 (5×19). Concluída a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* - versão 20.0) para o Windows. A normalidade foi avaliada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* e os desvios pela assimetria (*skeweness*) e pelo achatamento (*kurtosis*). A análise das observações aberrantes (*outliers*) foi feita através da representação gráfica dos resultados (diagramas de caixas).

Para testar a validade da Análise Fatorial Exploratória (AFE) dos 19 itens do SA-AAQ, utilizou-se o critério de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett*. Na interpretação dos resultados obtidos através do teste de KMO usou-se a classificação sugerida por Hutcheson e Sofroniou (1999 cit in Field, 2009), considerando o valor como inaceitável sempre que inferior a .50; medíocre entre .51 e .70; bom entre .71 e .80; muito bom entre .81 e .89 e excelente acima de .90. Para a análise de dimensionalidade da escala de Aceitação e Ação (SA-AAQ), optou-se pela AFE utilizando a Factoração alfa como método de extração. Este método de extração é o mais apropriado para a validação do construto de um instrumento de avaliação psicológica, uma vez que coloca ênfase na covariância ou comunicações das variáveis e porque gera fatores assumidos como as causas hipotéticas das correlações entre as variáveis (Tabachnick & Fidell, 2013). Foi ainda utilizada rotação *oblimin* por se considerar a mais indicada quando se postula que os fatores estão correlacionados (Tabachnick & Fidell, 2013). Utilizou-se o critério de Kaiser para retenção dos fatores. Este critério postula que os fatores a reter foram aqueles que apresentaram um *eigenvalue* superior a

1, por explicarem mais variância (Maroco, 2010). Normalmente, para a interpretação das comunalidades dos itens considera-se como referência valores superiores a .40 (Field, 2013). No entanto, Stevens (1986) referiu ser frequente encontrarem-se valores baixos (inferiores a .40) quando o número de itens é menor do que 20. Segundo Comrey e Lee (1992 cit in Tabachnick & Fidell, 2013), as saturações fatoriais são pobres 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.

A qualidade dos itens foi examinada pelo cálculo da correlação de cada item com o total da escala. Para a avaliação da magnitude das correlações, foram considerados como referência 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. Procedeu-se também à análise da consistência interna através do cálculo do alfa de *Cronbach*, medida de fidelidade mais usada (Field, 2013; Pestana & Gageiro, 2005). Os valores estipulados por Pestana e Gageiro (2005) foram considerados como referência para avaliar o índice de consistência interna. Consideram valores inferiores a .60 como inadmissíveis; entre .61 e .70 como fracos; entre .71 e .80 como razoáveis; entre .81 e .90 como bons e superiores a .90 como muito bons.

A fidelidade é a capacidade de uma medida produzir resultados consistentes em diferentes condições (Field, 2009) dando informação acerca da exatidão que podemos ter na informação obtida (Almeida & Freire, 2008). Pode ser avaliada pela consistência (interna) e pela estabilidade temporal (teste-reteste).

A validade de constructo entende a relação direta entre a componente teórica das variáveis (DeVellis, 2003), tendo-se verificado a validade convergente e discriminante, através do coeficiente de correlação paramétrico de *Pearson*.

Para estudar a influência das variáveis sociodemográficas ao nível do género realizaram-se teste-t e testes Qui-Quadrado. Também para estudar a influência das variáveis sociodemográficas na distribuição das variáveis do SA-AAQ, usou-se a análise univariada da variância (ANOVA).

Resultados

Análises Preliminares

A caracterização da distribuição dos valores da amostra foi analisada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Apesar das variáveis não se dispersarem segundo uma distribuição normal ($K-S_{(302)} = 0.068, p = .002$), as medidas de assimetria (*Skeweness* = -.33) e achatamento (*Kurtosis* = -.48), indicam que não existem violações à normalidade das variáveis (Almeida & Freire, 2008).

Estrutura Fatorial do SA-AAQ

A medida de Kaiser-Mayer-Olkin (.94) confirmou adequabilidade e o teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 4179.113, p < .001$) demonstrou que a matriz de intercorrelações foi significativamente diferente de uma matriz de identidade.

Para a análise de dimensionalidade da escala de Aceitação e Ação (SA-AAQ), optou-se pela Análise Fatorial Exploratória (AFE) utilizando a Factoração alfa como método de extração. A solução inicial permitiu extrair dois fatores com *eigenvalues* superiores a 1 que explicaram 58.74% da variabilidade das 19 variáveis originais. Apesar das autoras terem optado por uma estrutura unidimensional, os nossos resultados apontaram para uma estrutura bidimensional com uma correlação moderada entre os dois fatores ($r = .44, p < .000$), contrariamente ao que foi encontrado na escala original ($r = .70, p < .001$). O primeiro fator, aceitação explicou 47,86% da variância. O segundo fator, ação explicou 10,87% da variância.

As saturações dos itens no respetivo fator encontram-se entre .41 e .84. Todos os itens apresentaram valores de comunalidades superiores a .40, exceto os itens 9 e 11. Estes valores encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1

Análise de Componentes Principais – Solução Fatorial e Comunalidades (h^2)

Itens do SA-AAQ	Fator Aceitação	Fator Ação	h^2
13. Luta interna com a ansiedade social	.84	.06	.76
14. Fusão com pensamentos sobre ansiedade social	.84	.10	.79
16. Autocrítica da ansiedade social	.83	.04	.72
12. Ruminação em relação ansiedade social	.83	.04	.72
15. Desejo de suprimir pensamentos sobre ansiedade social	.82	.03	.71
8. Preocupação por não controlar a ansiedade social	.81	-.04	.63
7. Preocupação com ansiedade em situações sociais	.80	-.04	.61
18. Avaliações sobre os pensamentos relacionados com ansiedade social	.77	.01	.60
19. Avaliação negativa da ansiedade social	.76	-.02	.57
10. Supressão da ansiedade social para ter ações nas direções valorizadas.	.76	.09	.52
17. Avaliação negativa de pensamentos relacionados com ansiedade social	.75	.04	.59
6. Sacrifício desejado em prol de não sentir ansiedade	.68	.06	.50
5. Ansiedade social impede ações em direções valorizadas	.68	.05	.43
2. Não evitamento de situações mesmo com ansiedade social	-.06	.84	.66
4. Ansiedade não impede viver a vida	.04	.79	.66
3. Realização de tarefas apesar da ansiedade social	.01	.78	.63
1. Sensação de controlo sobre a vida apesar da ansiedade social	.06	.74	.59
9. Persistir com os objetivos mesmo quando há ansiedade social	-.06	.50	.23
11. Ansiedade Social não interfere nas direções de vida	.12	.42	.23

Nota. SA-AAQ = Questionário de Aceitação e Ação na Ansiedade Social. h^2 = Comunalidades.

Estudo dos itens da escala

O estudo dos itens do SA-AAQ encontra-se no Quadro 2 onde são apresentadas médias (M), desvios-padrão (DP), correlação item-total da escala (r), alfa de *Cronbach* (α) se o item for removido ($N = 302$) e correlação teste-reteste (t-rt) ($n = 84$).

Quadro2

Médias (M), Desvios-Padrão (DP), Correlação Item-Total (r), Alpha de Cronbach se o item for removido (α) e Correlação Teste-Reteste para cada item e para o total (t-rt)(N=84)

Itens do SA-AAQ	M	DP	r	α	t-rt
1. Sensação de controlo sobre a vida apesar da ansiedade social.	4.94	1,45	.52	.939	.40**
2. Não evitamento de situações mesmo com ansiedade social	5.18	1.36	.45	.940	.43**
3. Realização de tarefas apesar da ansiedade social	4.92	1.57	.50	.939	.50**
4. Ansiedade não impede viver a vida	5.30	1.36	.53	.939	.41**
5. Ansiedade social impede ações em direções valorizadas	4.77	1.71	.62	.937	.39**
6. Sacrifício desejado em prol de não sentir ansiedade.	5.27	1.70	.69	.936	.59**
7. Preocupação com ansiedade em situações sociais	4.87	1.69	.72	.935	.63**
8. Preocupação por não controlar a ansiedade social	4.71	1.79	.74	.935	.54**
9. Persistir com os objetivos mesmo quando há ansiedade social	5.00	1.59	.27	.943	.28**
10. Supressão da ansiedade social para ter ações nas direções valorizadas.	4.59	1.81	.65	.937	.52**
11. Ansiedade Social não interfere nas direções de vida	4.58	1.82	.39	.942	.31**
12. Ruminação em relação ansiedade social	5.08	1.68	.80	.934	.64**
13. Luta interna com a ansiedade social	5.22	1.70	.82	.934	.61**
14. Fusão com pensamentos sobre ansiedade social	5.21	1.69	.84	.933	.61**
15. Desejo de suprimir pensamentos sobre ansiedade social	4.92	1.85	.79	.934	.66**
16. Autocritica da ansiedade social	5.20	1.88	.79	.934	.71**
17. Avaliação negativa de pensamentos relacionados com ansiedade social	5.28	1.78	.73	.935	.58**
18. Avaliações sobre os pensamentos relacionados com ansiedade social	5.16	1.66	.72	.935	.69**
19. Avaliação negativa da ansiedade social	5.07	1.66	.70	.936	.68**
Total	95.26	22.10		.940	.82**

Nota. SA-AAQ=Questionário de Aceitação e Ação na Ansiedade Social).

**p<.001

Todos os itens revelaram possuir correlações item-total positivas e moderadas, à exceção dos itens 9 (“Consigo continuar a tentar atingir objetivos importantes mesmo quando me sinto ansioso(a) em situações sociais”) e 11 (“A minha ansiedade social não interfere com a maneira como quero viver a minha vida ”). Os mesmos itens foram também os únicos que apresentaram correlações teste-reteste baixas; todos os outros revelaram correlações moderadas. É de salientar que não existindo vantagem em retirar qualquer item porque a sua remoção não aumentaria o valor da consistência interna do instrumento, foram mantidos todos os itens da escala.

Fidelidade

A consistência interna do total da escala e de ambas as dimensões teóricas que a compõem foi avaliada através do cálculo de alfa de *Cronbach*. Os valores revelaram-se muito bons para o total (.94) e bons para o fator Aceitação (.95) e para o fator Ação (.83).

A estabilidade temporal do SA-AAQ foi estudada utilizando uma subamostra de 84 sujeitos, num intervalo de 4-6 semanas. Os resultados corresponderam a um coeficiente de correlação de *Pearson* de .82 para o total; enquanto, o fator aceitação obteve um valor de .77 e o fator ação de .53. Estes valores sugerem padrões de resposta consistentes ao longo do tempo.

Validade

A validade convergente desta escala foi avaliada através de Matrizes de correlação de *Pearson* entre o total e os fatores do SA-AAQ e a Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS). A validade discriminante foi avaliada pela correlação entre o total e os fatores do SA-AAQ e as medidas de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21). No Quadro 3 encontram-se as correlações entre as medidas.

Relativamente à validade convergente, a análise da magnitude das correlações revelou associações estatisticamente significativas negativas e moderadas, à exceção da correlação encontrada entre EAESDIS-Ansiedade e SA-AAQ-Ação ($r = -.31$; $p \leq .001$) que se revelou baixa.

Quadro 3

Matriz de Correlações entre o Total do SA-AAQ e Fatores, o EAESDIS Total e Subescalas, e as Subescalas Ansiedade, Stress e Depressão da DASS-21

SA-AAQ	EAESDIS-A	EAESDIS-E	DASS-ans	DASS-stress	DASS-dep
Aceitação	-.47**	-.51**	-.37**	-.36**	-.48**
Ação	-.31**	-.44**	-.36**	-.21**	-.38**
Total	-.48**	-.56**	-.42**	-.37**	-.52**

Nota. SA-AAQ=Questionário de Aceitação e Ação na Ansiedade Social. EAESDIS =Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social. EAESDIS-A=Escala de Ansiedade da EAESDIS. EAESDIS-E=Escala de Evitamento da EAESDIS. DASS=Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress. DASS-ans=Escala Ansiedade da DASS. DASS-stress= Escala Stress da DASS. DASS-dep=Escala de Depressão da DASS.

** $p < .001$

Quanto à validade discriminante, as correlações entre o total do SA-AAQ e os seus dois fatores com as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21), revelaram-se estatisticamente significativas mas baixas, à exceção das correlações entre o total do SA-AAQ com DASS-ans e DASS-dep, e entre o SA-AAQ-Aceitação e DASS-dep, que se revelaram moderadas.

Sensibilidade

A sensibilidade do SA-AAQ foi avaliada comparando os valores do seu total e fatores em duas amostras: uma amostra clínica com indivíduos com PAS e uma subamostra da população geral. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quer para SA-AAQ total ($t_{(62)} = 6.100$, $p < .001$), quer para cada um dos dois fatores, aceitação ($t_{(62)} = 6.125$, p

<.001) e ação ($t_{(62)} = 3.605$, $p <.001$), sendo que os indivíduos da amostra clínica se distinguiram dos indivíduos normais apresentando valores mais baixos de aceitação.

Dados normativos

No Quadro 4 encontram-se as médias e desvios-padrão para o total da SA-AAQ e para os dois fatores que o compõem, separadamente por género, por ano de escolaridade e por nível socioeconómico, na amostra da população geral.

Os resultados de diversas análises de variância revelaram um efeito estatisticamente significativo da idade em relação ao fator aceitação do SA-AAQ ($F_{(1, 300)} = 4.186$; $p = .042$), obtendo os indivíduos com mais de 30 anos valores mais elevados de aceitação. No que concerne aos resultados obtidos em função do género verificaram-se efeitos estatisticamente significativos em relação ao SA-AAQ total ($F_{(1, 300)} = 4.708$; $p = .031$) e ao fator aceitação ($F_{(1, 300)} = 4.418$; $p = .036$), auferindo os homens maiores níveis de aceitação em relação às mulheres. Relativamente à escolaridade, não foram encontradas diferenças. Por fim, no nível socioeconómico verificaram-se diferenças em relação ao SA-AAQ total ($F_{(3, 298)} = 3.402$; $p = .018$) e ao fator aceitação ($F_{(3, 298)} = 3.235$; $p = .023$), obtendo os indivíduos do nível médio/alto maiores níveis de aceitação, em ambos.

Quadro 4

Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) da Pontuação do Total e Fatores do SA-AAQ para a Amostra Total e por Género, Escolaridade e Nível Socioeconómico. Testes t e Chi-quadrado para análise das diferenças.

	Fatores do SA-AAQ			
	SA-AAQ- Total		Aceitação	Ação
	N	M (DP)	M (DP)	M (DP)
Total	302	90.20 (20.90)	60.27 (16.99)	29.92 (6.79)
Idades				
<30	203	88.74 (21.11)	58.88 (16.99)	29.86 (6.71)
>30	99	93.17(20.24)	63.12 (16.72)	30.05 (6.98)
	$F_{(1, 300)}$	3.007	4.186*	.051
Género				
Masculino	143	92.93 (19.75)	62.43 (15.92)	30.50 (6.49)
Feminino	159	87.74 (21.65)	58.33 (17.73)	29.40 (7.03)
	$F_{(1, 300)}$	4.708*	4.418*	1.987
Escolaridade				
Ensino Básico	45	88.00 (17.06)	61.33 (9.24)	26.66 (8.50)
Ensino Secundário	165	84.42 (15.86)	57.92 (16.44)	26.50 (8.04)
Ensino Superior	92	86.50 (23.92)	58.00 (19.00)	28.50 (7.72)
	$F_{(2, 299)}$	3.149	2.663	2.949
Nível socioeconómico				
Baixo	90	90.03 (20.20)	60.70 (17.39)	29.33 (7.14)
Médio/Alto	43	97.07 (20.16)	65.67 (15.95)	31.39 (6.67)
Desempregados/Reformados	18	78.94 (17.71)	51.50 (16.27)	27.44 (3.81)
Estudantes	151	89.68 (21.35)	59.52 (16.75)	30.15 (6.82)
	$F_{(3, 298)}$	3.402*	3.235*	1.771

Nota. SA-AAQ= Questionário de Aceitação e Ação na Ansiedade Social. F (ANOVA).

Discussão

A aceitação, um dos processos mais importantes na flexibilidade psicológica, tem sido alvo de um progressivo interesse na comunidade científica. Ainda que em número reduzido, os estudos sobre a eficácia de intervenções baseadas na ACT (Hayes et al., 1999) aplicadas à PAS têm revelado resultados promissores (Block & Wulfert, 2000; Brandy & Whitman, 2012; Dalrymple, 2005; Kocovski, Fleming & Rector, 2009). A realização de investigação rigorosa nesta área implica que estejam disponíveis instrumentos que avaliem a aceitação. Apesar do Questionário da Aceitação e Compromisso (AAQ-II; Bond et al., 2011) estar adaptado para a população portuguesa e avaliar o evitamento experiencial ou a falta de aceitação pelos eventos internos (pensamentos, sentimentos e sensações físicas), o facto de ser muito generalista empobrece a compreensão da aceitação perante dificuldades sociais.

Assim, o objetivo do presente estudo consistiu na adaptação e validação de um instrumento fidedigno, o Questionário da Aceitação e Ação na Ansiedade Social (SA-AAQ; MacKenzie & Kocovski, 2010), de momento, a única escala que mede aceitação dos sintomas de ansiedade social. Na versão portuguesa do SA-AAQ, a AFE revelou-se, em parte, idêntica à original. A solução fatorial inicial após rotação *oblímin*, permitiu extrair dois fatores que explicaram 58.74 % da variância. A versão original apontava também, inicialmente para dois fatores mas, como estes apresentavam uma correlação elevada ($r = .70, p < .001$), as autoras optaram por uma escala unifatorial, concluindo que estariam a medir o mesmo construto (MacKenzie & Kocovski, 2010). Na nossa amostra, a correlação moderada entre os fatores ($r = .40, p < .001$) reforçou, tratar-se de constructos relacionados, mas distintos de flexibilidade psicológica. O mesmo se verificou na versão portuguesa para adolescentes, uma vez que a correlação entre ambos se revelou ainda mais baixa ($r = .25, p < .001$) (Vieira et al, 2014).

Esta medida ficou constituída por 19 itens, distribuídos por dois fatores, a aceitação e ação. O fator aceitação incluiu 13 itens e explicou 47.86% da variância, enquanto o fator ação

aglomerou os restantes 6 itens e explicou 10.87% da variância. Os valores explicativos foram semelhantes aos encontrados no estudo efetuado com adolescentes. O estudo dos itens revelou que todos apresentavam uma correlação item-total e correlação teste-reteste positiva e moderada, à exceção do item 9 e 11. O item 9 não cumpriu ainda o critério de correlação item-total $>.30$. Estas características problemáticas poderiam sugerir a eliminação destes dois itens. Contudo, uma vez que a sua remoção não aumentaria a consistência interna do SA-AAQ, foi decidido mante-los. Em relação à consistência interna, os valores revelaram-se bons a muito bons, o que permitiu concluir que os itens do instrumento mediam os constructos teóricos de base. Na adaptação portuguesa para adolescentes encontraram-se valores semelhantes, à exceção do fator ação, cujo valor se revelou razoável (Vieira et al, 2014). A análise da estabilidade temporal num intervalo de 4-6 meses do SA-AAQ comprovou, à semelhança do que foi verificado na amostra de adolescentes, que se trata de um instrumento consistente e estável ao longo do tempo.

Para explorar a sua validade convergente, o presente estudo examinou a relação entre o SA-AAQ e outras medidas teoricamente relacionadas (ansiedade social). No geral, encontrou-se uma boa validade convergente (expressa em correlações negativas moderadas e estatisticamente significativas), embora a correlação entre o fator Ação e EAESDIS-ansiedade tenha sido baixa. Este resultado não era esperado uma vez que de acordo com o modelo Herbert e Cardaciotto (2005), quanto maior a ansiedade social, maior a falta de ação comprometida devido aos baixos níveis de aceitação. No entanto, a correlação entre o fator Ação e EAESDIS-ansiedade apresenta-se inferior à correlação entre o fator ação e a subescala de evitamento do EAESDIS. Esta diferença poderá estar relacionada com o facto de a falta de ação comprometida resultar diretamente em evitamento (Bach & Moran, 2008), justificando-se uma relação significativa entre estas duas variáveis mais do que entre ação e ansiedade social.

Embora o coeficiente de correlação entre o SA-AAQ e a DASS apresente, como esperado, magnitudes de correlação mais baixas em relação às que foram encontradas entre o SA-AAQ e as medidas de ansiedade social na validade convergente, as correlações são, contudo, significativas e algumas moderadas, quer para o total da escala, quer para o fator aceitação. Mesmo as correlações mais baixas que se verificaram têm uma magnitude próxima de valores moderados. As associações moderadas encontraram-se entre o total do SA-AAQ e as escalas de ansiedade e depressão, assim como com fator aceitação e a escala depressão. Para além da frequente comorbilidade entre a ansiedade social e a depressão (APA, 2013; Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001; Mineka, Watson & Clark, 1998), a partilha de sintomas comuns e a similaridade ao nível da experiência do afeto negativo (Clark & Watson, 1991) poderão constituir-se como hipóteses para explicar a correlação moderada encontrada. Por outro lado os sintomas expressos nos itens quer da subescala de ansiedade, quer da subescala de stress são maioritariamente de ativação fisiológica e dificuldade em relaxar, aspetos comuns a outras perturbações, incluindo a PAS.

Relativamente à sensibilidade, o SA-AAQ revelou-se útil e com boa capacidade na distinção de indivíduos com PAS de indivíduos da população normal. De uma forma geral, os resultados indicam que são os doentes com PAS que têm níveis de aceitação e ação mais baixos (Herbert & Cardaciotto, 2005), o que já e havia verificado na versão para adolescentes (Martins et al, 2014).

No estudo dos dados normativos verificou-se que, de um modo geral, o sexo masculino apresenta valores mais elevados de aceitação em relação ansiedade social do que o sexo feminino, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Atendendo ao facto do SA-AAQ ter sido desenvolvido para avaliar a aceitação na ansiedade social e os níveis de aceitação e ação com compromisso se apresentarem correlacionados negativamente com os níveis de ansiedade social, os resultados obtidos estão de acordo com a literatura que refere que a

ansiedade social é mais elevada no sexo feminino (APA, 2013; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Muller & Liebowitz, 2000). No nosso estudo, a distribuição das pontuações diferiu também por idades, obtendo os indivíduos com mais de trinta anos, níveis mais elevados de aceitação; e, por nível socioeconómico, em que indivíduos que integram o nível médio-alto, apresentam maiores níveis de aceitação.

Apesar dos resultados obtidos, o presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, uma das limitações prende-se com a análise fatorial (AFE) realizada. Efetivamente, uma análise fatorial confirmatória revelar-se-ia mais adequada ao estudo da dimensionalidade da escala, pelo que recomendamos que este estudo seja levado a cabo no futuro para confirmar qual o modelo que melhor se adequa aos dados. Outra limitação está relacionada com a amostra da população geral utilizada que, embora abranja as diferentes zonas do país, não é representativa da população portuguesa. Por outro lado, seria ainda pertinente se os respondentes fossem induzidos a uma situação social ativadora antes de preencherem o questionário, por forma a obter resultados mais fidedignos. Por fim, é importante ter em conta a dimensão reduzida da amostra clínica, que dificulta a generalização dos dados e implica uma interpretação prudente dos resultados. Portanto, seria pertinente que dimensão dos grupos utilizada no presente estudo fosse maior, de modo a corresponderem estritamente à representação da amostra.

Não obstante às limitações apontadas, o presente estudo revela-se útil pelas vantagens que o instrumento estudado proporciona. Parece-nos importante referir como implicações principais, o papel extremamente relevante que poderá desempenhar na prática clínica e investigação de adultos com baixos níveis de aceitação na PAS, ao permitir uma intervenção terapêutica mais direcionada e eficaz, assim como uma avaliação dos resultados de tratamento mais fidedigna. De acordo com Herbert & Cardaciotto (2005), é fundamental que a intervenção na ansiedade social seja sustentada nos processos de aceitação e ação comprometida, o oposto

dos processos de evitamento experiencial e ausência de ação comprometida que promovem a inflexibilidade psicológica e/ou a manutenção e desenvolvimento da psicopatologia.

Referências

- Almeida, L.S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ªed.). Psiquilíbrios Edições.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Boulevard: New Scholl Library
- Bach, P.A., & Moran, D.J. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in acceptance & commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Block, J.A., & Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The Behavior Analyst Today*, 1 (2), 1-55.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Brady, V. P. & Whitman, S. M. (2012). An acceptance and mindfulness- based approach to social phobia: A case study. *Journal of College Counseling*, 15 (1), 81-96.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R., & Mancill, R.B. (2001) Current and lifetime comorbidity of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (4), 585-599.
- Carvalho, T, Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2013). *Validation of acceptance and action questionnaire - trauma specific (AAQ - TS): A study with portuguese colonial war veterans*. Manuscript in preparation.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.

- DeVellis, R.F. (2003). *Scale development: Theory and applications* (2nd Ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (ADIS-IV). Albany, New York: Graywind Publications.
- DiNardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M. & Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories using the anxiety disorders interview schedule-revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry*, 50, 251-256.
- Eifert, G.H., & Forsyth, J.P. (2005). *Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based behavior change*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C. (2011). The validation of the body image acceptance and action questionnaire: Exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11 (3), 327-345.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3th ed.). Londres: SAGE Publications Ltd.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). London: Sage publications
- Follette, V. M., Palm, K. M., & Rasmussen, M. L. (2004). Acceptance, mindfulness, and trauma. In S. Hayes, V. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioural tradition* (pp. 192-208). New York: Guilford Press.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75 (2), 336.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.

- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Spring.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. (2^a ed.), New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K.G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy?. In S. Hayes & K. Strosahl (Eds.). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 1-30). New York: Springer.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K.D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, (6), 1152-1168.
- Herbert, J.D., & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. In S. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (189-212). New York: Springer.
- Hill, M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Kashdan, T.B., Weeks, J.W., & Savostyanova, A.A. (2011). Whether, how, and when social anxiety shapes positive experiences and events: A self-regulatory framework and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, *31*, 786-799.
- Kocovski, N.L., Fleming, J.E., & Rector, N.A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*, 276-289.
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (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.

- Lundgren, T., Dahl, J., & Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 31 (3), 225-235.
- MacKenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2010). Self-Reported acceptance of social anxiety symptoms: Development and validation of the social anxiety-acceptance and action questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6 (3), 21-228.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições
- Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36, 455-470. DOI: 10.1016/S0005-7967
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107 (1), 159-166.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Orsillo, S.M., Roemer, L., Block-Lerner, J., & Tull, M.T. (2004). Acceptance, Mindfulness, and Cognitive-Behavioral Therapy: Comparisons, contrasts, and application to anxiety. In S. Hayes, V. Follette & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (66-96). New York: Guilford Press.
- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*. (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Pinto-Gouveia, J., & Galhardo, A. (2001). *Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade para o DSM-IV- ADIS-IV*. Manuscrito não publicado.
- Pinto-Gouveia, J., & Salvador, M. C. (2001) The social interaction anxiety scale and the social phobia scale in the portuguese population. Poster apresentado em 31st Congress of the European Association for Behaviour and Cognitive Therapy, Istambul.
- Pinto-Gouveia, J., Costa Borges, J., Rocha Almeida, J., Ramalheira, C., & Robalo, M. (1993). Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool. *Psiquiatria Clínica, 14*, 147-163.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & 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 behaviours scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 291-311.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II portuguese version. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 12* (2), 139-156.
- Sandoz, E. K. (2010). *Assessment of body image flexibility: An evaluation the body image - Acceptance and action questionnaire*. Unpublished dissertation. University of Mississippi.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kate Kellum, K. (2013). Assessment of Body Image Flexibility: The Body Image–Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*, 39-48.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R., & Weissman, M.M. (1992) Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282-288

- Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., Farhall, J., Hayes, S. C., & Copolov, D. (2007). The voices acceptance and action scale (VAAS): Pilot data. *Journal of clinical psychology, 63*, 593-606.
- Stevens, J. (1986). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 33*, 965-978.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Twohig, M. (2012) Introduction: The basics of Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 499-507.
- Vieira, S., Martins, M.J., Salvador, M.C., MacKenzie, M.B., & Kocovski, N.L. (2014). *The Social Anxiety – Acceptance and Action Questionnaire for Adolescents (SA-AAQ-A): Study of the psychometric properties in a Portuguese sample*. Manuscript submetido para publicação.
- Wittchen, H.U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Muller, N., Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: findings from a controlled study. *European Psychiatry, 15*, 46-58.

Artigo II

Tomé, F, & Salvador, M.C. (2014). *Como estar entre os outros? O Álcool como uma estratégia de Evitamento Experiencial na Ansiedade Social*. Manuscrito em preparação.

*Como estar entre os outros? O Álcool como uma estratégia de Evitamento Experiencial na
Ansiedade Social*

Fabiana Tomé¹

Maria do Céu Salvador ¹

¹Universidade de Coimbra

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Fabiana Tomé

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: fabiana89@live.com.pt

Resumo

A relação entre a ansiedade social e o consumo de álcool é amplamente conhecida (Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000; Thomas, Randall, & Carrigan, 2003). Os efeitos farmacológicos e psicológicos do álcool reduzem os sintomas aversivos de ansiedade, podendo originar um consumo continuado e, até mesmo dependência.

Segundo Levin e colaboradores (2012), a relação entre o sofrimento psicológico e os problemas com o álcool pode ser explicada pelo evitamento experiencial. Especificamente, indivíduos com ansiedade social utilizam, muitas vezes, o álcool como estratégia de controle da ansiedade social, antes e durante os eventos sociais (Heimberg & Becker, 2002).

Perante estes dados, o objetivo do presente estudo consistiu em explorar o papel da aceitação nas expectativas acerca do álcool, em indivíduos com ansiedade social. Foram, assim, constituídas duas amostras: uma amostra de 35 indivíduos com diagnóstico de perturbação pelo uso de álcool (PUA) e outra com 32 indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social (PAS). Os participantes completaram uma entrevista estruturada para as perturbações de ansiedade DSM-IV (ADIS-IV) e uma bateria de questionários.

Os resultados encontrados foram diferentes para cada uma das amostras, sendo que a amostra constituída por indivíduos com PAS não permitiu a realização de análises mediadoras, dada a ausência de relação entre as variáveis. Por sua vez, os resultados obtidos na amostra PUA corroboraram a nosso objetivo principal. A aceitação revelou-se, assim, preditora da relação entre ansiedade social e as expectativas acerca dos efeitos do álcool, especificamente relacionadas com a diminuição de sentimentos negativos de si mesmo e ansiedade avaliativa, e com o escape a estados negativo. Mais uma vez, o evitamento experiencial é tido como cerne desta relação psicopatológica.

Palavras-chave: ansiedade social, álcool, aceitação, evitamento experiencial.

Abstract

The relationship between social anxiety and alcohol is widely known (Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000; Thomas, Randall, & Carrigan, 2003). The pharmacological and psychological effects reduce the aversive symptoms of anxiety, may reinforce consumption and even abuse and addiction. According Levin and collaborators (2012), the relationship between psychological suffering and alcohol problems can be explained by experiential avoidance. Specifically, individuals with social anxiety often use alcohol as a control strategy before and during social situations (Heimberg & Becker, 2002). Before these data, the aim of this study was to explore the role of acceptance in expectations about alcohol in individuals with social anxiety. We thus constituted two samples: a sample of 35 individuals with alcohol use disorder (AUD) and another sample with 35 individuals with social anxiety disorder (SAD). Participants completed a structured interview for disorders anxiety DSM-IV (ADIS-IV) and a set of self-report questionnaires.

The findings were different in each sample, where the sample of individuals with SAD did not allow the mediation analysis, given the absence of associations between the variables. On the other hand, results in the AUD confirmed our hypothesis. Acceptance was revealed as a predictor of the relationship between social anxiety and expectations about alcohol effects, specifically related with decreasing of negative feelings and evaluation anxiety, and escape from negative feelings. Experiential avoidance is thought as the core of this psychopathological relationship.

Keywords: social anxiety, alcohol, acceptance and experiential avoidance.

Ansiedade social, o consumo de álcool e as expectativas relacionadas com o álcool

A Perturbação de Ansiedade Social (PAS), definida por um medo acentuado e ansiedade de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo está exposto ao escrutínio de outros, é a terceira perturbação psiquiátrica mais comum, depois da perturbação depressiva major e do abuso de álcool (APA, 2013). Apresenta uma prevalência ao longo do ciclo de vida na ordem dos 12.5 % (Kessler et al., 2005) e prevalência-ano estimada para a população europeia de 2,3% (APA, 2013). O cerne do medo faz com que as situações sejam evitadas ou enfrentadas com ansiedade e medo, desproporcional à ameaça real, causando sofrimento e interferindo significativamente nas várias áreas de funcionamento (APA, 2013). Para além disso, a PAS surge frequentemente comórbida com as perturbações pelo uso de álcool (APA, 2013; Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000; Thomas, Randall, & Carrigan, 2003; Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986).

Muitos são os estudos que relacionam a Ansiedade Social e o consumo de álcool. No entanto, está longe de ser encontrada unanimidade quanto à direccionalidade desta relação (Kushner et al., 2000; Stockwell & Bolderston, 1987). A ansiedade social encontra-se associada ao consumo problemático de álcool (Carrigan & Randall, 2003; Crum & Pratt, 2001), sendo que aproximadamente, 28% dos indivíduos com ansiedade social preenche critérios de prevalência ao longo da vida para perturbações pelo uso de álcool (Schneier, Foose, Hasin, Heimberg, Liu, Grant, & Blanco, 2010). Os sintomas de ansiedade social têm a capacidade de incitar o uso de álcool, cujos efeitos farmacológicos e psicológicos reduzem os sintomas aversivos de ansiedade. Os indivíduos ficam, assim, motivados, para fazer um uso persistente e frequente do álcool, por reforço negativo (APA, 2013; Ham, Hope, White & Rivers, 2002; Kushner et al., 2000; Steele & Josephs, 1988). Assim, quando promovido pela ansiedade social, o uso do álcool pode originar um consumo continuado e, até mesmo provocar dependência (Kushner et al., 2000), tanto que um estudo de Crum & Pratt (2001) revelou que indivíduos

com PAS apresentaram um risco duas vezes maior de abuso ou dependência de álcool, em relação a indivíduos sem ansiedade social.

Estudos realizados com amostras clínicas demonstraram que é mais frequente serem as perturbações de ansiedade a antecederem o início do consumo e dependência de álcool (Bibb & Chambless, 1986; Swendsen, Merikangas, Canino, Kessler, Rubio-Stipec & Angst, 1998). Um estudo de Turner, Beidel, Dancu & Keys (1986) verificou que 46% dos indivíduos com PAS utiliza o álcool para se sentir mais sociável nas festas e 50% para aliviar ansiedade antecipatória em relação aos eventos sociais. Thomas, Randall & Carrigan (2003) realizaram um estudo clínico que lhes permitiu constatar não só que os indivíduos com ansiedade social bebem para se sentirem mais confortáveis nas situações sociais, como evitam situações sociais nas quais o consumo de álcool não está disponível.

A teoria das expectativas (Brown, Goldman, Inn & Lynn, 1980) é muitas vezes utilizada para explicar como a ansiedade social pode ser um fator de risco para o consumo de álcool. Especificamente, as expectativas em relação ao álcool traduzem-se em convicções que os indivíduos têm acerca dos efeitos do álcool. Atendendo a esta teoria, indivíduos que se encontram motivados para ter bom desempenho nas interações sociais, mas têm dúvidas acerca da sua capacidade para fazê-lo, começam a manifestar sintomatologia ansiosa, que poderá servir para ativar expectativas relacionadas com o álcool e o poder destas na facilitação social e redução da ansiedade social (Sabourin & Stewart, 2007). Desta forma, expectativas positivas de resultados em relação ao consumo de álcool, quando combinadas com baixas expectativas acerca dos efeitos negativos do álcool (debilitação física e cognitiva ou efeitos depressivos) e baixa autoeficácia para evitar o consumo excessivo em situações sociais, conduzem ao consumo excessivo (Burke & Stephens, 1999).

Por outro lado, é muito frequente em bebedores excessivos, o consumo de álcool surgir relacionado com ansiedade. Um estudo com doentes em tratamento para o álcool mostrou que

15 a 20% têm critérios para a perturbação de ansiedade social (Lepine & Pelissolo, 1998). O consumo de álcool interfere com a vida social e laboral dos indivíduos, podendo, mesmo, desencadear sintomatologia ansiógena. A perda do emprego, o divórcio ou até um internamento são acontecimentos frequentes na vida destes indivíduos, assumindo-se, assim, como fatores indutores de ansiedade (Kushner, Sher, & Beitman, 1990). Portanto, a normal adaptação a consequências negativas nomeadamente, no trabalho ou a nível relacional, despoleta sintomas de ansiedade e vulnerabilidade (Kushner et al., 2000).

O papel da Aceitação vs. Evitamento experiencial na Ansiedade Social

De acordo com o modelo clínico da ACT, o cerne da psicopatologia é o processo da inflexibilidade psicológica, na qual o comportamento humano é excessivo e inapropriadamente regulado pelos processos verbais (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Um dos processos mais importantes no desenvolvimento e manutenção do sofrimento psicológico é o evitamento experiencial, processo comportamental que consiste na indisponibilidade para contactar com eventos internos como, pensamentos, sentimentos, sensações corporais, ou memórias (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). As duas principais formas são a supressão que consiste na tentativa ativa de controlar a experiência imediata de um evento privado negativo, e o evitamento situacional que se baseia na tentativa de alterar as características antecedentes associadas com maior probabilidade de surgimento de experiências privadas indesejadas (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004). No entanto, a investigação tem vindo a demonstrar que a tentativa de regular os eventos privados pelo controlo ou supressão aumenta, muitas vezes, a frequência, intensidade e o impacto destes eventos na qualidade de vida (Hayes et al., 1996; Orsillo, Roemer, Block-Lerner & Tull, 2004).

Assim, a Terapia da Aceitação e Compromisso tem como principal objetivo promover a flexibilidade psicológica, que consiste na capacidade de contactar plenamente com o momento

presente, como ser humano consciente, e persistir ou modificar os comportamentos que servem os valores pessoais (Hayes, et al., 2004). Para alcançar a Flexibilidade Psicológica, a ACT consagra seis processos de mudança que se relacionam e interagem entre si: Aceitação, Desfusão, Contacto com o Momento, Eu como Contexto, Valores e Compromisso com a Ação (Hayes, 2004). Assim, se os indivíduos com PAS conseguirem evitar o contato com contextos de avaliação social, começam a adotar medidas que lhe permitam evitar ou escapar de eventos privados aversivos. A curto-prazo o evitamento pode revelar-se adaptativo; no entanto, a longo prazo revela-se contraproducente, acarretando riscos sociais, psicológicos e de saúde (Hayes et al., 1996). Portanto, o foco das abordagens baseadas na ACT para indivíduos com evitamento social passa por incentivá-los à exposição terapêutica e à ativação de eventos recedados.

No contexto da Terapia da Aceitação e Compromisso, Herbert e Cardaciotto (2005) apresentam um modelo aplicado à Perturbação de Ansiedade Social (Figura 1).

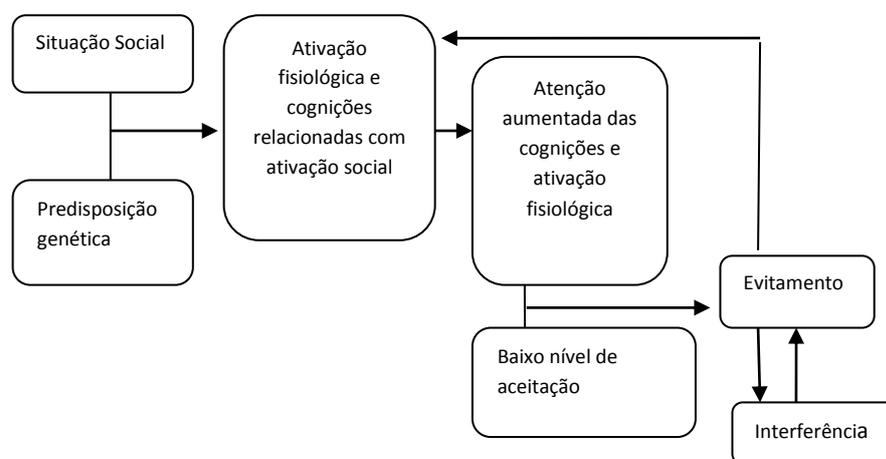


Figura.1 Modelo da Aceitação de Herbert & Cardaciotto (2005) para a Perturbação de Ansiedade Social

Os autores postulam que os indivíduos com predisposição genética ou apreendida para a ansiedade social ficam ativados em situações sociais, ocorrendo ativação fisiológica e cognitiva. Quando os pensamentos e emoções relacionados com a ansiedade são espoletados, os mesmos desencadeiam um aumento da atenção nos estímulos internos e uma correspondente

diminuição da atenção nas pistas externas. É nesta fase que os níveis de aceitação se revelam cruciais, já que os efeitos do aumento da atenção autofocada dependem dos níveis de aceitação. Assim, num contexto de elevada aceitação, a ativação fisiológica e cognitiva seria apenas observada, não havendo, por isso, tentativas de controlo ou evitamento, sendo o impacto sobre o desempenho comportamental, por conseguinte, mínimo. Já num contexto de reduzida aceitação, o indivíduo recorre a um conjunto de estratégias de evitamento experiencial com propósito de alterar a forma e a frequência dos pensamentos e sentimentos. Porém, estas estratégias tornam as experiências ainda mais salientes (e.g., aumento da ansiedade), formando-se, assim, um ciclo vicioso que conduz ao aumento da ativação, aumento da consciência e mais esforços no sentido de controlar a experiência interna. Por consequência, torna-se frequente evitar situações, o desempenho em situações sociais é afetado e o próprio repertório comportamental fica limitado.

O papel da aceitação nas expectativas e consumo de álcool

Nos últimos anos, o desenvolvimento da ACT fomentou o interesse pela sua aplicação a diversas perturbações. As perturbações pelo uso de álcool e problemas relacionados com álcool têm sido uma área que começa a ser alvo de investimento. Porém, ainda não são muitos os estudos que se debruçam sobre estas variáveis.

Segundo a literatura, adultos com história de abuso ou dependência de álcool apresentam elevados níveis de evitamento experiencial, em relação a indivíduos sem algum destes diagnósticos (Levin et al. 2012). A par destas ilações têm-se desenvolvido programas de intervenção baseados no modelo ACT para as perturbações pelo uso de álcool (Heffner, Eifert, Parker, Hernandez & Sperry, 2003; Wilson, Hayes, & Byrd, 2000). Levin e colaboradores (2012) constataram ainda que a relação entre sofrimento psicológico e os problemas com o álcool pode ser explicada pelo evitamento experiencial, uma vez que o álcool é utilizado para evitar, suprimir ou controlar os pensamentos e sentimentos dolorosos, ao mesmo tempo que

diminui a sensibilidade a fatores importantes do ambiente. O mesmo estudo verificou que indivíduos com perturbação pelo uso de álcool apresentam maiores níveis de evitamento experiencial, em relação a indivíduos sem problemas com álcool.

O consumo de álcool como uma estratégia de evitamento experiencial na Ansiedade Social

A Terapia de Aceitação e Compromisso postula que subjacente a qualquer perturbação de ansiedade está a indisponibilidade para experimentar os eventos internos (Hayes et al., 1996). Em conformidade, o modelo de Aceitação de Herbert e Cardaciotto (2005) para a PAS, conceptualiza que um contexto de baixa aceitação irá contribuir para o uso de uma grande variedade de estratégias de controlo da experiência interna, a fim de mudar a forma e/ou a frequência dos pensamentos e sentimentos. De acordo com Heimberg & Becker (2002), indivíduos com Ansiedade Social utilizam frequentemente o álcool como uma estratégia para controlar a ansiedade social, antes ou durante os eventos sociais. O consumo de álcool, usado como uma medida de proteção face aos medos sociais, reduz, assim, os sintomas desagradáveis de ansiedade, ao mesmo tempo que encoraja o aumento da frequência do consumo (Kushner et al., 2000). O uso de substâncias, por si só, é uma estratégia eficaz, na mudança experimental, a curto prazo devido aos efeitos psicoativos que provoca (Hayes et al., 1996), permitindo abrandar a tensão, a ansiedade e outras emoções negativas.

Do nosso ponto de vista, o álcool poderá ser adotado como uma estratégia de evitamento experiencial, por parte de indivíduos com Perturbação de Ansiedade Social, na medida em que evita o contato com pensamentos, sensações e sentimentos relacionados com as situações sociais e antecipação das mesmas. No entanto, a literatura é escassa no que concerne a esta relação, não havendo nenhum estudo que a corrobore. Desta forma, o objetivo da presente investigação constituiu-se num estudo exploratório para investigar o papel da aceitação nas expectativas pessoais acerca do álcool, em indivíduos com ansiedade social.

Esperavam-se relações significativas entre ansiedade social, aceitação e expectativas pessoais acerca do álcool. Esperava-se ainda que aceitação mediasse a relação entre ansiedade social e as expectativas pessoais acerca do álcool, em duas amostras clínicas.

Material e Método

Participantes

Para levar a cabo o objetivo acima mencionado, o presente estudo constitui-se por duas amostras clínicas: uma amostra de indivíduos com Perturbação de Ansiedade Social (PAS) e uma amostra de indivíduos com Perturbação pelo uso de Álcool (PUA).

Amostra PAS: A amostra da população clínica ficou constituída por 32 indivíduos adultos (25 do sexo feminino e 7 do sexo masculino) com PAS, com idades compreendidas entre os 18 e 59 anos ($M = 26.78$, $DP = 9.22$). Relativamente às comorbilidades, 6 indivíduos preencheram também critérios para a 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 Fobia Específica (12.50%) e 1 para a Perturbação Pós-Stress Traumático (3.10%). No que respeita às perturbações de humor, 8 indivíduos (25%) preencheram critérios para perturbação depressiva major. Cerca de metade de 48% dos indivíduos que constituem esta amostra encontravam-se medicados. Não foi encontrada nenhuma comorbilidade com Perturbação pelo uso de Álcool, embora 24 indivíduos consumissem álcool (75%). Não se verificaram diferenças significativas entre os géneros em relação à idade ($t_{(30)} = .762$; $p = .452$) e ao nível socioeconómico ($\chi^2_{(3)} = 1.280$; $p = .734$).

Amostra PUA: A amostra clínica de indivíduos adultos com PUA fica constituída por 35 indivíduos adultos, 26 do sexo masculino (74.3%) e 9 do género feminino (25.7%), com idades compreendidas entre os 18 e 60 anos ($M = 45.34$; $DP = 8.04$). Em relação às comorbilidades, 1

indivíduos preencheu também critérios para a Perturbação de Pânico (2.9%), 1 para Agorafobia (2.9%), 2 para a Perturbação de Ansiedade Generalizada (5.7%), 5 para a Perturbação de Ansiedade Social (14.3%), 6 para a Fobia Específica (17.1%) e 2 para a Perturbação Pós-Stress Traumático (5.7%). No que respeita às perturbações de humor, 8 indivíduos encontravam-se deprimidos (22.5%) e 2 preencheram critérios para a Distímia. Não foram encontradas diferenças significativas entre os géneros em relação à idade ($t_{(33)} = .664$; $p = .511$) e ao nível socioeconómico ($\chi^2_{(1)} = .075$; $p = .784$).

Instrumentos

Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade para o DSM-IV- ADIS-IV: *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994). É uma das mais utilizadas entrevistas semi-estruturada para o diagnóstico das perturbações de ansiedade. Fornece uma informação detalhada sobre aspetos clinicamente relevantes das perturbações, tais como aspetos situacionais e cognitivos que geram ansiedade, intensidade da ansiedade, classificação do grau de evitamento, acontecimentos precipitantes e história do problema. Avalia as perturbações de ansiedade do DSM de acordo com os critérios presentes no DSM-IV (APA, 2002); inclui secções para o diagnóstico de perturbações do humor, somatoformes e de abuso de substâncias, dada a sua elevada comorbilidade com as perturbações ansiosas. Ao nível as características psicométricas, apresenta boa a excelente fidedignidade, apresentando valores de *kappa* entre .60 e .86 (DiNardo, Moras, Barlow, Rapee, & Brown, 1993). Embora esta entrevista se baseie nos critérios da DSM-IV, aquando da administração da mesma, houve o cuidado por parte dos entrevistadores de avaliar a Agorafobia e a Perturbação de Ansiedade Social restrita ao Desempenho à luz da DSM-5 (APA, 2013). A PAS restrita ao Desempenho constitui-se critério de exclusão na integração da amostra da população clínica.

Questionário de Aceitação e Ação na Fobia Social (SA-AAQ: *Social Anxiety - Acceptance and Action Questionnaire*; MacKenzie & Kocovski, 2010). É um instrumento de autorresposta que procura avaliar a aceitação e ação em situações sociais. É constituído por 19 itens (e.g., “Preocupa-me poder não conseguir controlar a minha ansiedade social”), respondidos numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, onde 1 corresponde a “nunca verdadeiro” e 7 corresponde a “sempre verdadeiro”. Os itens distribuem-se por dois fatores, aceitação que contempla 13 itens e ação que é constituída pelos restantes 6 itens, cotados de forma inversa. O resultado global oscila entre os 19 e 133 pontos. Resultados mais elevados significam maiores níveis de aceitação da ansiedade social, sem tentar controlar ou evitar a mesma. O SA-AAQ revelou uma elevada consistência interna ($\alpha = .94$) e boa validade convergente, no estudo original. A versão portuguesa também registou elevada consistência interna ($\alpha = .94$), boa validade convergente e discriminante, assim como boa estabilidade temporal ($r = .82$) e sensibilidade. Nas nossas amostras, os valores de consistência interna foram de .91 na amostra PUA e de .88 na amostra PAS.

Escala de Ansiedade em Situações de Interação Social (SIAS: *Social Interaction Anxiety Scale*; Mattick & Clarke, 1998; versão portuguesa por Pinto Gouveia & Salvador, 2001). É um instrumento de autorresposta que avalia ansiedade decorrente das relações interpessoais. É constituída por 19 itens (e.g., “Quando me expresso, preocupa-me que possa parecer esquisito”) respondidos através de uma escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 corresponde “não é nada característico da minha maneira de ser” e 4 “é extremamente característico da minha maneira de ser”). As pontuações oscilam entre 0 e 76 pontos, sendo que resultados elevados traduzem maiores níveis de ansiedade em situações de interação social. Quer a versão original, quer a versão portuguesa apresentam boas características psicométricas. Os valores de consistência interna do estudo original foi de .94, enquanto na versão portuguesa de .90. A estabilidade temporal, assim como as validades também se revelaram aceitáveis em ambas. No

presente estudo também se verificou elevada consistência interna em ambas as amostras ($\alpha=.86$ na amostra PUA; $\alpha=.88$ na amostra PAS).

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (DASS-21: *Depression Anxiety Stress Scales*; Lovibond, & Lovibond, 1995; versão portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A DASS-21 é a 1ª medida de autorresposta que avalia sintomas de Ansiedade, Depressão e Stress. Esta versão reduzida da escala original contempla 21 itens. Os itens são respondidos através de uma escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 corresponde a “não se aplicou nada a mim” e 3 “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”) e remetem para sintomas emocionais negativos, distribuídos de modo equivalente por três subescalas: depressão (e.g., “senti que a vida não tinha sentido”), ansiedade (e.g., “senti dificuldades em respirar”) e stress (e.g., “senti que estava a utilizar muita energia nervosa”). Valores mais elevados traduzem-se em estados afetivos mais negativos. Relativamente à consistência interna por fator, verificou-se elevada a muito elevada consistência interna em ambas as versões; entre $\alpha= .74$ e $\alpha= .94$. O instrumento também possui validade convergente e discriminante. Nas nossas amostras, os valores de consistência interna foram igualmente elevados a muito elevados (.73 a .94), sendo que só foi utilizada a escala da depressão, que obteve uma consistência interna de .94 amostra PUA, e .91 na amostra PAS.

Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool (IECPA; Pinto-Gouveia, J., Costa Borges, J., Rocha Almeida, J., Ramalheira, C., & Robalo, M., 1993). É uma medida de autorresposta que avalia as expectativas pessoais acerca dos efeitos positivos decorrentes do consumo moderado de bebidas alcoólicas. É constituída por 61 itens respondidos através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 corresponde a “não concordo” e 5 “concordo muitíssimo”). Maiores níveis de ingestão de bebidas alcoólicas correspondem a maiores expectativas positivas acerca dos efeitos do álcool. O IECPA permite a obtenção de um resultado total e de resultados correspondentes a seis fatores: Efeitos Globais Positivos e

Facilitação das Interações Sociais (e.g., “quando bebo é mais fácil dizer o que penso”), Ativação e Prazer Sexual (e.g., “o meu desejo sexual aumenta depois de beber”), Efeitos Positivos na Atividade e Humor (e.g., “depois de beber o trabalho rende mais”), Escape e Estados Emocionais Negativos (e.g., “o álcool faz-me esquecer os desgostos”), Desinibição Sexual (e.g., “depois de beber fico sexualmente mais desinibido”) e Diminuição de Sentimentos Negativos de Si Mesmo e Ansiedade Avaliativa (e.g., “sinto-me menos sozinho depois de beber”). Apresenta elevada consistência interna na versão original ($\alpha = .89$) e boa estabilidade temporal ($r = .77$). No presente estudo, também foram encontrados valores muito elevados de consistência interna ($\alpha = .95$ na amostra PUA; $\alpha = .99$ na amostra PAS).

Procedimento

A realização do presente estudo implicou a constituição duas amostras clínicas: uma de indivíduos com Perturbação de Ansiedade Social e outra de indivíduos com Perturbações pelo uso de Álcool, recolhidas em Hospitais, Clínicas privadas e Serviços de Ação Social. Os princípios deontológicos subjacentes à realização deste tipo de investigação foram respeitados. Foram efetuados pedidos de autorização junto dos diretores e/ou conselhos de administração, conforme o requerido pela identidade. Após parecer favorável, contactaram-se os psicólogos que procederam à identificação dos doentes. Depois da sua identificação, a recolha de informação teve dois momentos distintos. O primeiro momento consistiu numa entrevista estruturada (ADIS-IV), precedida da explicitação dos objetivos do estudo e da garantia de confidencialidade e anonimato. A administração da entrevista durou sensivelmente 1h. Numa segunda fase era pedido aos sujeitos que completassem a bateria de questionários de autorresposta. De salientar que a ordem do preenchimento dos questionários foi balanceada, por forma a controlar possíveis contaminações das respostas.

Adicionalmente foram selecionados alunos através de um *screening*: selecionaram-se os indivíduos com pontuações acima do ponto de corte no SIAS, e todos os indivíduos

selecionados por este método foram submetidos a uma entrevista clínica estruturada (ADIS-IV) e quando confirmado o diagnóstico do DSM-IV-TR (APA, 2002) para a PAS, eram selecionados para integrar a amostra clínica. Relativamente às condições clínicas, os indivíduos com Perturbação de Ansiedade Social podiam encontrar-se em qualquer fase de avaliação ou tratamento, desde que fossem preenchidos os critérios para o diagnóstico. Já no caso do grupo com Perturbações pelo uso de Álcool, optou-se, preferencialmente, pelos indivíduos que se encontravam na segunda e terceira semana de tratamento, quando já realizada a desintoxicação. Para ambas as amostras, os critérios de inclusão foram: a) idade superior a 18 anos; b) diagnóstico principal de PAS. Por sua vez, os critérios de exclusão referem-se: a) idade inferior a 18 anos; b) evidente dificuldade no preenchimento do protocolo; c) evidência clara do preenchimento aleatório dos itens; d) existência de outro diagnóstico principal que não o acima indicado, inclusive PAS especificador de desempenho.

Estratégia analítica

Posteriormente à recolha dos dados procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* - versão 20.0).

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

Para a realização de matrizes de correlação, usou-se o teste paramétrico de *Pearson*. Consideraram-se como valores de referência para avaliação da magnitude 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 preditoras nas regressões múltiplas, usou-se o critério estabelecido por Field (2009) que exige 10 casos por preditor, tendo as amostras em estudo N superior.

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 a verificação das condições necessárias para uma variável poder ser considerada um *mediador* e, conseqüentemente, 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'*).

Resultados

Análises Preliminares

Na amostra PAS, as variáveis dispersaram-se segundo uma distribuição normal ($K-S_{(32)}= 0.130$, $p=.181$), conforme também corroborou as medidas de assimetria (*Skeweness*= $-.47$) e achatamento (*Kurtosis*= $-.28$). Na amostra PUA, apesar das variáveis não se dispersarem segundo uma distribuição normal ($K-S_{(35)}= 0.153$, $p=.037$), as medidas de assimetria (*Skeweness*= $-.31$) e achatamento (*Kurtosis*= $-.61$), indicaram a não existência de violações à

normalidade das variáveis. Embora existisse uma observação aberrante moderada (outlier), optou-se por não se retirar da amostra, uma vez que não foram encontradas diferenças significativas entre os resultados, com ou sem essa observação. Não se verificaram não-respostas (missings).

A análise dos gráficos de dispersão dos resíduos mostrou que os resíduos foram distribuídos normalmente, obtendo linearidade e homocedasticidade. O teste de Durbin-Watson também apresentou bons resultados. No geral, os dados mostraram-se, assim, adequados para a realização de análises de regressão.

No anexo 1 apresentam-se as médias, desvios-padrão e os valores de consistência interna para as duas amostras. Na comparação entre os grupos verificaram-se diferenças; na variável género ($\chi^2_{(1)} = 18.371; p < .001$), onde os indivíduos com PAS eram maioritariamente do sexo feminino, enquanto a maioria dos indivíduos com PUA eram do sexo masculino; na variável idade ($t_{(65)} = 8.804; p < .001$), tendo os indivíduos da amostra PUA apresentado idades mais elevadas; e, na variável nível socioeconómico ($\chi^2_{(3)} = 41.319; p < .001$), em que a maioria dos indivíduos da amostra PAS era estudante, enquanto na amostra PUA, a grande maioria dos indivíduos se situava no nível socioeconómico baixo.

O uso de álcool na Perturbação de Ansiedade Social e a ansiedade social nas Perturbações pelo Uso de Álcool

A literatura científica aponta para uma elevada comorbilidade entre ansiedade social e o consumo de álcool. Neste sentido, apresentam-se em seguida as frequências de indivíduos das duas amostras clínicas em que esta associação se verificou. Na amostra PAS, como não dispúnhamos de uma medida objetiva de consumo de álcool, considerámos pertinente apresentar a percentagem de indivíduos cuja pontuação no IECPA se situou acima da média em qualquer um dos fatores que compõem o inventário. Por outro, considerando a amostra PUA,

apresentar-se-ão os dados relativos às pontuações na medida de ansiedade social. Estes dados permitirão uma melhor compreensibilidade dos dados resultantes das análises subsequentes.

Na amostra PAS, 28% dos indivíduos pontuaram acima do ponto de corte no fator “efeitos globais positivos e facilitador das interações sociais”, 25% pontuaram no fator “ativação e prazer sexual”, 12.5% pontuaram no fator “efeitos positivos na atividade e humor”, 22% pontuaram no fator “escape a estados emocionais negativos”, 19% pontuaram no fator “desinibição sexual” e 25% pontuaram no fator “diminuição de sentimentos negativos de si mesmo e ansiedade avaliativa”. No geral, 88% dos indivíduos apontam beber por alguma das expectativas avaliadas pelo inventário.

Na amostra PUA, a percentagem de indivíduos que se situou acima do ponto de corte na medida de ansiedade social rondou os 16 %, a mesma percentagem de indivíduos desta amostra que preenche critérios para PAS, avaliados pela ADIS-IV.

Associação entre Ansiedade Social, Aceitação e Expectativas em relação ao álcool

Com o objetivo de estudar a relação entre ansiedade social, aceitação em situações de ansiedade social e expectativas acerca dos efeitos do álcool calcularam-se coeficientes de correlação de *Pearson*, procurando analisar-se as associações entre as variáveis em estudo (cf. Quadro 2). Na amostra PAS, contrariamente ao que seria esperado dada a elevada comorbilidade esperada entre a ansiedade social e o consumo de álcool, não foi encontrada nenhuma associação significativa entre a medida de ansiedade social e a de expectativas acerca do efeito do álcool. Também não foram encontrados quaisquer coeficientes de correlação significativos entre a medida de aceitação da ansiedade social e a medida de expectativas acerca dos efeitos do álcool, exceto a associação negativa significativa entre o fator aceitação e o fator desinibição sexual do IECPA ($r = .36; p \leq .05$).

Quadro 2

Correlações da relação entre ansiedade social, aceitação, depressão e expectativas acerca dos efeitos do álcool para os dois grupos em estudo

Medidas		SIAS	SA-AAQ Total	Aceitação	Ação	DASS-dep
Grupos						
SIAS	PAS	-	-.47	-.46**	-.47**	.32
	PUA	-	-.34*	-.30	-.25	.30
IECPA – FATOR 1	PAS	-.31	-.23	-.33	.10	.09
	PUA	.28	.37*	-.43*	-.04	-.13
IECPA – FATOR 2	PAS	-.32	-.23	-.31	.07	.10
	PUA	.30	-.38*	-.43*	-.06	-.22
IECPA – FATOR 3	PAS	-.26	-.23	-.29	.00	.14
	PUA	.25	-.43*	-.45**	-.15	-.12
IECPA – FATOR 4	PAS	-.16	-.22	-.27	-.01	.26
	PUA	.38*	-.49**	-.54**	-.12	.00
IECPA – FATOR 5	PAS	-.30	-.27	-.36*	.04	-.14
	PUA	.41*	-.29	-.39*	.08	-.19
IECPA – FATOR 6	PAS	-.15	-.26	-.32	.00	.13
	PUA	.42*	-.52**	-.58**	-.09	.04
DASS-dep	PAS	.32	-.29	-.19	-.40	-
	PUA	.30	-.23	-.20	-.18	-

Nota. SIAS=Escala de Ansiedade em Situações de Interação Social. SA-AAQ=Questionário de Aceitação e Ação na Ansiedade Social. IECPA=Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool;. Fator 1-Efeitos Globais Positivos e Facilitador das Interações Sociais. Fator-Ativação e Prazer Sexual. Fator 3-Efeitos Positivos na Atividade e Humor. Fator 4-Escape a Estados Emocionais Negativos.Fator 5-Desinibição Sexual. Fator 6-Diminuição de Sentimentos Negativos de Si mesmo e Ansiedade Avaliativa.

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

Relativamente à amostra PUA, a medida de ansiedade social (SIAS) mostrou correlacionar-se de modo significativo com o fator 4 do IECPA- Escape e Estados Emocionais Negativos; Fator 5 - Desinibição sexual; Fator 6 - Diminuição de Sentimentos Negativos de Si Mesmo e Ansiedade Avaliativa. O total do SA-AAQ correlacionou-se significativamente com

todas as medidas, o mesmo acontecendo com o fator aceitação. Por sua vez, o fator ação não se associou significativamente a nenhuma variável, à exceção da relação com o SIAS.

O papel da aceitação na relação entre ansiedade social e expectativas acerca dos efeitos do álcool

Amostra PAS.

Atendendo as correlações obtidas entre as variáveis em estudo, apenas nos propusemos a realizar uma análise de mediação para a predição do fator 5 do IEPCA. Procurou-se, assim, avaliar a influência da aceitação nas expectativas positivas acerca dos efeitos álcool, na amostra de indivíduos com PAS. Para levar a cabo este objetivo, realizou-se um modelo de regressão linear, com a variável ansiedade social como variável independente, as expectativas acerca do álcool como variável dependente e a aceitação como mediadora. A variável depressão não foi controlada por não se correlacionar significativamente com nenhuma outra variável. Por sua vez, a variável género foi controlada, dado que haviam sido encontradas diferenças significativas para a medida de ansiedade social (SIAS). Porém, ao realizar-se a trajetória c para o fator 5 (desinibição sexual), concluímos que ansiedade social, quando controlada a variável género, não explica as expectativas pessoais acerca do álcool ($R^2 = .009$, $F_{(1, 30)} = .284$, $p = .598$; $\Delta R^2 = .009$, $F_{(1, 30)}$, $p = .598$; $\beta = -.09$, $p = .598$), pelo que não se continuou com as análises de mediação.

Amostra PUA.

O objetivo do presente estudo consistiu em avaliar o papel da aceitação na relação entre ansiedade social e expectativas positivas acerca do álcool. Realizaram-se modelos de regressão linear com as variáveis que se correlacionavam significativamente entre si (cf. Quadro 3), tendo a ansiedade social, assumido o papel de variável independente, as expectativas acerca dos efeitos

do álcool o papel de variável dependente e, sendo a aceitação a variável mediadora. Como medida de aceitação (variável mediadora) optamos pela utilização do SA-AAQ aceitação e não pelo total desta escala, nem a subescala de ação por esta última se tratar de uma medida que analisa a ação de acordo com os valores e objetivos de vida. É importante esclarecer que a depressão não foi controlada, por não se encontrar correlacionada significativamente com nenhuma das variáveis em análise.

Começou por se analisar a predição das expectativas acerca do álcool (os seis fatores do IECPA) pela ansiedade social (*c*). Verificou-se que esta variável apenas predizia o fator 4 (*Escape a Estados Emocionais Negativos*), o fator 5 (*Desinibição Sexual*) e o fator 6 (*Diminuição de Sentimentos Negativos de Si mesmo e Ansiedade Avaliativa*).

Aceitação como mediadora entre a ansiedade social e as expectativas do álcool relacionadas com escape a estados emocionais negativos

Conforme explanado anteriormente, usaram-se os procedimentos indicados por Baron e Kenny (1986) para a realização da mediação.

Como mencionado, a ansiedade social (SIAS) foi preditor significativo das expectativas acerca do álcool relacionadas com o escape a estados emocionais negativos (IECPA) (trajetória *c*) ($R^2 = .142$, $F_{(1, 33)} = 5.45$, $p = .026$; $\beta = .38$, $p = .026$), explicando 14%.

Adicionalmente, foi analisado o poder preditivo da ansiedade social (SIAS) sobre a aceitação (SA-AAQ) (trajetória *a*.) A ansiedade social não se revelou um preditor significativo na explicação da aceitação ($R^2 = .087$, $F_{(1, 33)} = 3.153$, $p = .085$; $\beta = .30$, $p = .085$). Este resultado no cálculo da trajetória seria, em princípio, impeditivo de continuar as restantes análises. No entanto, a amostra em questão era reduzida, o valor de significância é altamente dependente do *N* da amostra e o valor específico nesta regressão não estava muito longe da significância. Por estes motivos optamos por realizar as restantes análises para explorar a

mediação. Num 3º passo, a análise da predição das expectativas acerca do álcool pela aceitação (trajetória *b*) revelou que esta foi um preditor significativo ($R^2 = .294$, $F_{(1, 33)} = 13.755$, $p = .001$; $\beta = -.54$, $p = .001$). A aceitação explicou 29% das expectativas do álcool relacionadas com o escape a estados emocionais negativos. Para concluir, realizou-se uma mediação com a ansiedade social (SIAS) como variável independente, o *Escape a estados emocionais negativos* (IECPA_fator4) como a única variável dependente e a aceitação como variável mediadora (trajetória *c'*). Na mediação, a aceitação (SA-AAQ) revelou-se o único preditor significativo (Modelo 2: $R^2 = .345$, $F_{(1, 32)} = 8.445$, $p = .001$; $\Delta R^2 = .204$, $\Delta F_{(1, 28)} = 9.959$, $p = .003$; $\beta = -.47$, $p = .003$), explicando 20.4% das expectativas acerca do álcool relacionadas com *Escape a estados emocionais negativos* (IECPA_fator4) e eliminando o anterior poder explicativo da ansiedade social (SIAS) ($\beta = .237$; $p = .123$).

Por fim, foi calculado o teste de *Sobel* que não se revelou significativo ($z = .02$, $p = .985$), sugerindo que a mediação não é significativa. Sendo o valor de p influenciado pelo tamanho da amostra, sugerimos que este valor se deve ao tamanho reduzido da nossa amostra ($N = 35$) e acreditamos que o aumento do número de indivíduos da amostra tornaria esta mediação significativa.

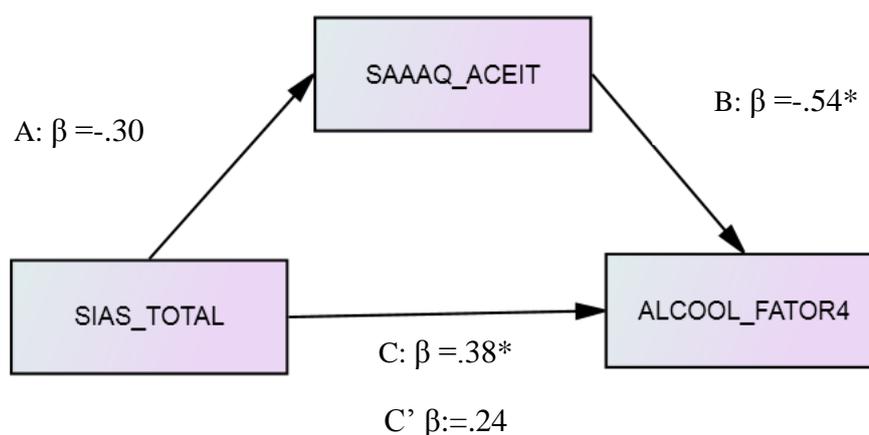


Figura 1. A relação entre a Ansiedade Social (SIAS) e as Expectativas acerca do Álcool (IECPA) mediada pela aceitação da ansiedade social (SA-AAQ); A= relação entre a variável independente e a mediadora, B= relação entre a variável mediadora e a variável dependente, C=efeito direto da variável independente na variável dependente. SIAS Escala de Ansiedade em Situações de Interação Social; SA-AAQ=Questionário de

Aceitação e Ação na Ansiedade Social. IECPA=fator 4 Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool - escape a estados emocionais negativos pela ansiedade social.

Aceitação como mediadora entre a ansiedade social e as expetativas do álcool relacionadas com a desinibição sexual

A ansiedade social (SIAS) revelou-se também um preditor significativo das expetativas acerca do álcool relacionadas com o escape a estados emocionais negativos (IECPA - fator 5) (trajetória *c*) explicando 17% referida expectativa) ($R^2 = .166$, $F_{(1, 33)} = 6.579$, $p = .015$; $\beta = .41$, $p = .015$). O poder preditivo da ansiedade social (SIAS) sobre a aceitação (SA-AAQ) (trajetória *a*) havia já sido apresentado na seção anterior. Adicionalmente, a análise da predição das expetativas acerca do álcool pela aceitação (trajetória *b*) revelou que esta foi um preditor significativo ($R^2 = .148$, $F_{(1, 33)} = 5.746$, $p = .022$; $\beta = -.39$, $p = .022$). A aceitação explicou 15% das expetativas do álcool relacionadas com desinibição sexual. Por fim, realizou-se uma mediação com a ansiedade social (SIAS) como variável independente, a *desinibição sexual* (IECPA_fator5) como a única variável dependente e aceitação como variável mediadora (trajetória *c'*). Na mediação, a ansiedade social (SIAS) perdeu o seu poder preditor após a introdução da variável mediadora ($\beta = .32$, $p = .05$). Também esta (aceitação) não se revelou um preditor significativo, embora o modelo o seja (Modelo 2: $R^2 = .243$, $F_{(1, 32)} = 3.243$, $p = .081$; $\Delta R^2 = .077$, $\Delta F_{(1, 28)} = 3.245$, $p = .081$; $\beta = -.29$, $p = .081$).

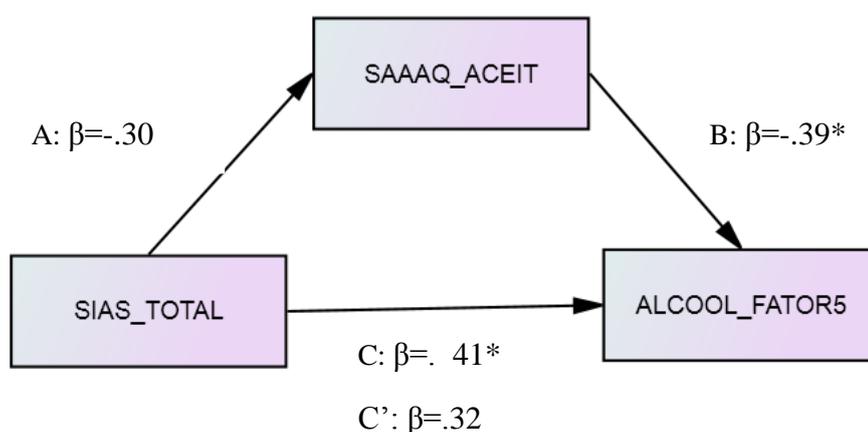


Figura 2. A relação entre a Ansiedade Social (SIAS) e as Expectativas acerca do Álcool (IECPA) mediada pela aceitação da ansiedade social (SA-AAQ); A= relação entre a variável independente e a mediadora, B= relação entre a variável mediadora e a variável dependente, C=efeito direto da variável independente na variável dependente. SIAS=Escala de Ansiedade em Situações de Interação Social. SA-AAQ=Questionário de Aceitação e Ação na Ansiedade Social. e IECPA – fator 5 Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool – desinibição sexual.

Aceitação como mediadora entre a ansiedade social e as expetativas do álcool relacionadas com a diminuição de sentimentos negativos de si mesmo e ansiedade avaliativa

A ansiedade social (SIAS) revelou-se ainda um preditor significativo das expetativas acerca do álcool relacionadas com o escape a estados emocionais negativos (IECPA - fator 6) (trajetória *c*), explicando 17% desta expectativa ($R^2 = .174$, $F_{(1, 33)} = 6.937$, $p = .013$; $\beta = .42$, $p = .013$).

Foi depois analisado o poder preditivo da ansiedade social (SIAS) sobre a aceitação (SA-AAQ) (trajetória *a*), já explicitada anteriormente. No respeitante à trajetória *b*, a análise da predição das expetativas acerca do álcool pela aceitação revelou que esta foi um preditor significativo ($R^2 = .342$, $F_{(1, 33)} = 17.123$, $p = .000$; $\beta = -.58$, $p = .001$). A aceitação explicou 34% das expetativas do álcool relacionadas com a *diminuição de sentimentos negativos de si mesmo e ansiedade avaliativa* (IECPA_fator6).

Por fim, realizou-se uma mediação com a ansiedade social (SIAS) como variável independente, a *diminuição de sentimentos negativos de si mesmo e ansiedade avaliativa* (IECPA_fator6) como a única variável dependente e aceitação como variável mediadora – (trajetória *c'*). Na mediação, a aceitação (SA-AAQ) revelou-se o único preditor significativo (Modelo 2: $R^2 = .407$, $F_{(1, 32)} = 10.978$, $p = .000$; $\Delta R^2 = .233$, $\Delta F_{(1, 28)} = 12.585$, $p = .001$; $\beta = -.51$, $p = .001$), explicando 23% das expectativas acerca do álcool relacionadas com a *diminuição de sentimentos negativos de si mesmo e ansiedade avaliativa* (IECPA_fator6) e fazendo com que a ansiedade social (SIAS) perdesse o seu valor preditivo ($\beta = .27$, $p = .070$). Por fim, foi

calculado o teste de *Sobel* que não se revelou significativo ($z = .02, p = .986$), sugerindo que a mediação não é significativa.

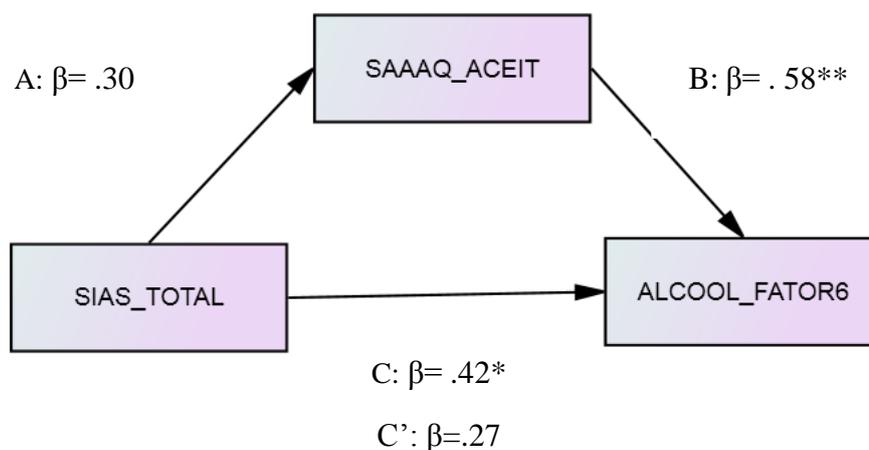


Figura 3. A relação entre a Ansiedade Social (SIAS) e as Expectativas acerca do Álcool (IECPA) mediada pela aceitação a ansiedade social (SAAAQ). A= relação entre a variável independente e a mediadora. B= relação entre variável mediadora e a variável dependente. C=efeito direto da variável independente na variável dependente. SIAS=Escala de Ansiedade em Situações de Interação Social. SA-AAQ=Questionário de Aceitação e Ação na Ansiedade Social. IECPA – fator 6=Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool 6–Diminuição de Sentimentos Negativos de Si mesmo e Ansiedade Avaliativa.

Discussão

A aceitação refere-se à experiência completa das emoções e das sensações corporais, tal como são, no contexto onde decorrem, sem as controlar ou julgar (Hayes et al., 2004). É um processo de flexibilidade psicológica que ocorre quando os indivíduos estão disponíveis para sentir os eventos internos vivenciados, parar com os evitamentos ou com a manipulação dos mesmos, e aceitá-los ativamente e conscientemente (Eifert & Forsyth, 2005). A investigação tem demonstrado que uma intervenção ACT melhora a qualidade de vida dos indivíduos e a intervenção terapêutica na PAS tem, de certa forma, acompanhado os desenvolvimentos da ACT. Especificamente, a investigação tem dado especial atenção ao papel

do evitamento experiencial vs aceitação, na manutenção e desenvolvimento desta perturbação, tendo como principal objetivo a promoção da aceitação das experiências ansiógenas e o compromisso de viver de acordo com os próprios valores (Brady & Whitman, 2012; Twohig, Masuda, Varra, & Hayes, 2005). Segundo Heimberg & Becker (2002), indivíduos com Ansiedade Social utilizam frequentemente o álcool como uma estratégia para controlar a ansiedade social, antes ou durante os eventos sociais. O uso de substâncias, por si só, é uma estratégia eficaz, a curto prazo, na mudança experimental devido aos efeitos psicoativos ou de “auto medicação” que provoca (Hayes et al., 1996), permitindo abrandar o alívio e o decréscimo da ansiedade e outras emoções negativas.

Assim, o presente estudo pretendeu explorar a relação entre a ansiedade social e as expectativas acerca dos efeitos álcool, tendo como variável mediadora desta relação a aceitação.

A exploração dos resultados começou com a análise dos indivíduos das amostras relativamente ao uso do álcool e à ansiedade social, que se assumiam particularmente relevantes na compreensibilidade do presente estudo. Uma vez que não dispúnhamos de qualquer medida de consumo, apenas utilizámos uma medida de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool (IEPCA), cujos valores elevados se associam a maiores níveis de ingestão de bebidas alcoólicas (Pinto-Gouveia et al., 1993). Na amostra PAS é importante realçar que nenhum dos indivíduos preencheu critérios para perturbação pelo uso de álcool e que as classificações na escala de resposta do IECPA foram, em geral, baixas. No entanto, apenas 22% dos indivíduos responderam não concordar com nenhum dos motivos para beber apresentados no questionário, o que pode apontar para indivíduos que, ou não bebem, ou não bebem pelas expectativas expressas no questionário. Por outro lado, a percentagem de indivíduos que se encontrava acima do ponto de corte em qualquer um dos fatores do IECPA (entre 12,5 e 28%), vai de encontro à percentagem indivíduos que consomem álcool associado à PAS e que a literatura remete para taxas na ordem dos 20 a 75% (Montgomery, 1995;

Schneier et al., 2010). De facto, à exceção do fator 3 (“efeitos positivos na atividade e humor”), em todos os restantes fatores, a percentagem de indivíduos que bebe com base naquelas expectativas encontra-se dentro deste intervalo. Destes fatores, principalmente o fator 4 (“escape a estados emocionais negativos”) e o fator 6 (“diminuição de estados de sentimentos negativos de si mesmo e ansiedade avaliativa”) estão associados ao evitamento experiencial (e.g. “o álcool faz-me esquecer os problemas”; “beber diminui os meus os meus sentimentos de inferioridade e de incapacidade”). Estes dados apontam no sentido de estes indivíduos beberem por acreditarem que o álcool diminuirá estados emocionais negativos, o que está claramente de acordo com o objetivo do evitamento experiencial típico de indivíduos com perturbação de ansiedade social (Heimberg & Becker, 2002). Relativamente à amostra PUA, apenas 16% dos indivíduos se posicionaram acima do ponto de corte, na medida de ansiedade social (SIAS). Estes valores, ainda que representativos, em amostras reduzidas como era o caso do presente estudo, podem ter reduzido a probabilidade de serem encontrados resultados mais representativos.

As correlações observadas entre as várias medidas são distintas em ambas as amostras. Na amostra PAS, contrariamente ao que seria esperado, não se verificaram associações significativas entre a medida de ansiedade social (SIAS) e as expectativas acerca dos efeitos do álcool (IECPA). Embora vários estudos científicos apontem para esta relação (APA, 2013, (Cludius, Stevens, Bantin, Gerlach & Hermann, 2013; Thomas, Randall, & Carrigan, 2003; Windle & Windle, 2012), na nossa amostra, a mesma não foi verificada. Primeiramente, este resultado pode dever-se à elevada percentagem de mulheres (78%), que são apontadas como bebendo menos que os homens e tendo menos problemas relacionados com o álcool (Nolen-Hoeksema, 2004). Para além disso, e como já mencionado, as pontuações dos itens do questionário foram, em geral, baixas, tendo, obviamente, gerado baixas pontuações totais, podendo os dados não ter apresentado a dispersão suficiente para se encontrarem associações

significativas. Por outro lado, atendendo às particularidades deste diagnóstico, é provável que os indivíduos tenham respondido em função da desejabilidade social, devido ao medo da avaliação negativa por parte do entrevistador. Seria importante que outros estudos abordassem este tema, pedindo ao terapeuta do indivíduo que passasse ele a entrevista diagnóstica, o que poderia diminuir a probabilidade de respostas por desejabilidade social.

Ainda, neste estudo de correlações, não se verificaram associações entre ansiedade social e depressão, embora a literatura aponte para uma elevada comorbilidade entre ambas (APA, 2013; Gilbert, 2000). Consideramos que uma razão para este resultado poderá relacionar-se como facto de uma percentagem considerável destes indivíduos se encontrar medicado. Finalmente, como seria de esperar, a ansiedade social estabeleceu relações significativas com a aceitação da ansiedade social, conforme prevê o modelo de Herbert e Cardiciotto (2005), o que implica que indivíduos com elevados níveis de ansiedade social recorram a um conjunto de estratégias de evitamento experiencial com propósito de alterar a forma e a frequência dos pensamentos e sentimentos, conforme revelam os itens.

Na amostra PUA verificou-se uma relação positiva e significativa entre as expectativas acerca do álcool no fator 4 e 6 com a ansiedade social. Como já referenciado, estes fatores incluem itens que se traduzem em crenças acerca dos efeitos do álcool, que se referem e servem o evitamento experiencial. Este resultado parece apontar para um maior consumo de álcool com o objetivo de reduzir estados emocionais negativos (evitamento experiencial) aquando da experiência de ansiedade social. Num contexto social em que o indivíduo se encontra motivado para passar uma imagem positiva aos olhos dos outros, ao mesmo tempo que acredita não possuir capacidades para fazê-lo, a sintomatologia ansiosa aumenta e poderão ser ativadas expectativas acerca dos efeitos do álcool (Sabourin & Stewart, 2007), levando a que os indivíduos bebam como “automedicação” capaz de atenuar os efeitos aversivos da ansiedade. Esta relação, poderá ser tão mais provável, quanto os indivíduos sejam já bebedores excessivos.

Assim, expectativas positivas de resultados em relação ao consumo de álcool, quando combinadas com baixas expectativas acerca dos efeitos negativos do álcool (debilitação física e cognitiva ou efeitos depressivos) conduzem ao consumo excessivo (Burke & Stephens, 1999).

Um dado curioso observado na amostra PUA foi a fraca expressividade da associação entre ansiedade social e aceitação. Com base em estudos recentes, verificou-se que associação entre ansiedade social e aceitação da ansiedade social é inferior à associação encontrada entre aceitação da ansiedade social e vergonha interna (Coelho, 2014).

De acordo com o nosso objetivo, esperava-se que aceitação da ansiedade social mediasse a relação entre ansiedade social e as expectativas acerca do álcool. Relativamente à amostra PAS, os dados conseguidos não corroboraram a hipótese inicial, o que pode dever-se a particularidades da amostra recolhida, pelo que recomendamos a continuidade do estudo com amostras maiores e mais heterogéneas. Por sua vez, a amostra PUA permitiu-nos corroborar a nossa hipótese, de que aceitação se assume como mediadora da relação entre ansiedade social e as expectativas acerca dos efeitos do álcool. Portanto, também na relação entre a ansiedade social e o álcool, os baixos níveis de aceitação têm um papel fulcral, o que enfatiza, uma vez mais, o papel que este processo e o seu oposto – evitamento experiencial, possuem no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia, assim como na intervenção terapêutica.

Do nosso conhecimento este é o primeiro estudo que examina esta relação e atendendo aos dados encontrados, parece-nos importante aprofundar o papel da aceitação e ansiedade social nas perturbações pelo uso de álcool.

Conclusões

Este é o primeiro estudo português a examinar o impacto da aceitação na relação entre ansiedade social e o consumo de álcool. Este estudo contém algumas limitações. Primeiramente, amostra é muito reduzida, o que poderá ter limitado a expressividade de alguns resultados; além do mais, eram amostras homogéneas, o que dificultou o registo de

variabilidade; também careceu de um instrumento que medisse a vergonha interna e o consumo de álcool, o que teria sido muito pertinente na compreensão da presente associação; por fim, o facto de ser um estudo transversal, que não permitiu avaliar a causalidade das inferências devido ao problema de circularidade. Assim, seria adequado a realização de estudos longitudinais, que utilizassem amostras maiores e aplicassem os instrumentos referidos.

Referências

- 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.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington DC
- 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.
- Bibb, J.L., & Chambless, D.L. (1986). Alcohol use and abuse among diagnosed agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (1), 49-58.
- Brady, V. P. & Whitman, S. M. (2012). An Acceptance and Mindfulness- Based Approach to Social Phobia: A Case Study. *Journal of College Counseling*, 15 (1), 81-96.
- Brown, S.A., Goldman, M.S., Inn, A., & Anderson, L.R. (1980) Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (4), 419-426.
- Burke, R.S., & Stephens, R. (1999). Social anxiety and drinking in college students: A social cognitive theory analysis. *Clinical Psychology Review*, 19, 513-530.
- Carrigan, M.H., & Randall, C.L. (2003) Self-medication in social phobia: A review of the alcohol literature. *Addictive Behaviors*, 28, 269-284.

- Cludius, B., Stevens, S., Bantin, T., Gerlach, A.L., & Hermann, C. (2013). The motive to drink due to social anxiety and its relation to hazardous alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*, (3):806-13. doi: 10.1037/a0032295
- Coelho, D. (2014). O papel protetor da aceitação experiencial no processamento pós situacional, em adolescentes com PAS. Manuscrito em preparação.
- Crum, R. M., & Pratt, L. A. (2001). Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: A prospective analysis. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 1693-1700.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. Albany, New York: Graywind Publications.
- DiNardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M. & Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry, 50*, 251-256.
- Eifert, G.H., & Forsyth, J.P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3th ed.)*. Londres: SAGE Publications Ltd
- Gilberl, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7*, 174-189 (2000).
- Ham, L., Hope, D.A., White, C.S., & Rivers, P.C. (2002). Alcohol expectancies and drinking behavior in adults with social anxiety disorder and dysthymia. *Cognitive Therapy and Research, 26* (2), 275-288.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance, and Relationship (pp.1-29). In. S. Hayes, V. Follette & M.

- Linehan (Eds). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: Guilford Press
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K.G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? (pp. 1-30). In S. Hayes & K. Strosahl (Eds). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K.D. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1152-1168.
- Heffner, M., Eifert, G.H., Parker, B.T., Hernandez, D.H., & Sperry, J.A. (2003). Valued directions: Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 378-383.
- Heimberg, R.G., & Becker, R.E. (2002). *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia*. New York: The Guilford Press.
- Herbert, J.D., & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and Mindfulness-Based Perspective on social anxiety disorder. In S.Orsillo& L.Roemer (Eds). *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: conceptualization and treatment*. New York: Springer.
- Jose, Paul (2013). *Doing statistical mediation & moderation*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Kenny,D.A. (2014). *The four steps*. Retirado de: <http://davidakenny.net/cm/mediate.htm#BK>.

- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *147*, (6), 685-695.
- Kushner, M.G., Abrams, H., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, *20*, 149-171.
- Lepine, J-P., & Pelissolo, A (1998). Social phobia and alcoholism: A complex relations. *Journal of Affective Disorders*, *50*, 23-28.
- Levin, M.E., Lillis, J., Seeley, J., Hayes, S.C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2012). Exploring the relationship between experimental avoidance, alcohol use disorders and alcohol-related problems among first-year college students. *Journal of American College Health*, *60* (6), 443-448. DOI: 10.1080/07448481.2012.673522.
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (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.
- MacKenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2010). Self-Reported Acceptance of Social Anxiety Symptoms: Development and Validation of the Social Anxiety-Acceptance and Action Questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *6* (3), 214-232.
- Mattick, R.P. & Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 455-470.

- Montgomery, S.A. (Ed.) (1995). *Social Phobia: A clinical review*. WPA Osical Phobia Task Force.
- Nolen-Hoeksema, S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 981-1010.
- Orsillo, S.M., Roemer, L., Block-Lerner, J., LeJeune, C., & Herbert, J.D. (2004a). ACT with Anxiety Disorders In S. Hayes & K. Strosahl (Eds). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Orsillo, S.M., Roemer, L., Block-Lerner, J., & Tull, M.T. (2004b). Acceptance, Mindfulness, and Cognitiva-Behavioral Therapy: Comparisons, Contrasts, and Application to Anxiety In S. Hayes, V. Follette & M. Linehan (Eds). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitiva-Behavioral Tradition*. NewYork: Guilford Press.
- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Descobrimdo a regressão: Com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J., & Salvador, M. C. (2001) The social interaction anxiety scale and the social phobia scale in the portuguese population. Poster apresentado em 31st Congress of the European Association for Behaviour and Cognitive Therapy, Istambul
- Pinto-Gouveia, J., Costa Borges, J., Rocha Almeida, J., Ramalheira, C., & Robalo, M. (1993). Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool. *Psiquiatria Clínica*, 14, 147-163.

- Portland University State. (2012). *Testing Mediation with Regression Analysis*. Documento disponível em: http://www.upa.pdx.edu/IOA/newsom/da2/ho_mediation.pdf.
- Sabourin, B.C., & Stewart, S.H. (2007). Alcohol Use and Anxiety Disorders. In M.Zvolensky & J.Smits (Eds). *Anxiety in Health Behaviors and Physical Illness*. Springer.
- Schneier, F. R., Foose, T. E., Hasin, D. S., Heimberg, R. G., Liu, S. M., Grant, B. F, & Blanco, C. (2010). Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 40 (6), 977-988.
- Steele, C.M., & Josephs, R.A. (1988). Drinking your troubles away II: An attention-allocation model of alcohol's effect on psychological stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (2), 196-205.
- Stockwell, T., & Bolderston, H. (1987). Alcohol and phobias. *British Journal of Addiction*, 82, 971-979.
- Swendsen, J.D., Merikangas, K.R., Canino, G.J., Kessler, R.C., Rubio-Stipec, M., & Angst, J. (1998). The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (4), 176-184.
- Thomas, S. E., Randall, C. L., & Carrigan, M. H. (2003). Drinking to cope in socially anxious individuals: A controlled study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 1937-1943.
- Turner, S. M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., & Keys, D.J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (4), 389-394.

- Twohig, M. (2012) Introduction: The Basics of Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 499-507.
- Twohig, M.P., Masuda, A., Varra, A.A., & Hayes, S.C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety Disorders. In S.Orsillo & L.Roemer (Eds). *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: conceptualization and treatment*. NewYork: Springer
- Wilson, K.G., Hayes, S.C.& Byrd, M.R. (2000). Exploring compatibilities between acceptance and commitment therapy and 12-STEP treatment for substance abuse. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 18 (4), 209-231.
- Windle,M & Windle, C. (2012). Testing the specificity between social anxiety disorder and drinking motives. *Addictive Behaviors*, 37, 1003-1008.

Quadro 1

Anexos

Médias (M) e desvios-padrão (DP) e valores do alfa de Cronbach para os dois grupos

	Grupos	M (DP)	α
SA-AAQ Aceitação	PAS	36.03 (13.00)	.90
	PUA	55.89 (16.87)	.94
SA-AAQ Ação	PAS	22.63 (5.88)	.66
	PUA	27.29 (7.25)	.83
SA-AAQ total	PAS	58.66 (16.35)	.88
	PUA	83.17 (20.22)	.91
SIAS	PAS	54.41 (10.74)	.88
	PUA	19.91 (11.65)	.86
IEPCA – Fator 1	PAS	54.63 (24.28)	.98
	PUA	77.94 (20.76)	.92
IEPCA- Fator 2	PAS	19.44 (9.45)	.95
	PUA	25.03 (8.78)	.79
IEPCA- Fator 3	PAS	25.06 (9.95)	.93
	PUA	37.46 (11.00)	.80
IEPCA- Fator 4	PAS	19.50 (8.36)	.92
	PUA	33.69 (10.14)	.85
IEPCA- Fator 5	PAS	6.16 (3.13)	.90
	PUA	7.57 (3.62)	.70
IEPCA- Fator 6	PAS	18.03(7.63)	.91
	PUA	28.80 (9.03)	.80
DASS-ans	PAS	54.41 (10.74)	.90
	PUA	3.06 (3.49)	.73
DASS-dep	PAS	11.50 (5.99)	.91
	PUA	3.31 (5.36)	.94
DASS-stress	PAS	12.09 (5.11)	.86
	PUA	5.37 (5.53)	.80

Nota.SAAQQuestionário de Aceitação e Ação na ansiedade social; SIAS-Escala de Ansiedade em Situações de Interação Social; IECPA-Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool; Fator 1-Efeitos Globais Positivos e Facilitação das Interações Sociais; Fator 2-Ativação e Prazer Sexual; Fator 3-Efeitos Positivos na Atividade e Humor; Fator 4-Escape e Estados Emocionais Negativos; Fator 5-Desinibição sexual; Fator 6-Diminuição de Sentimentos Negativos de Si Mesmo e Ansiedade Avaliativa; DASS- Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; DASS-ans-Escala Ansiedade da DASS; DASS-stress-Escala Stress da DASS; DASS-dep-Escala de depressão da DASS.