



UC/FPCE—2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Ansiedade aos Testes: uma leitura à luz do Modelo Cognitivo de Clark e Wells para a Perturbação de Ansiedade Social

Cláudia Patrícia Nunes Pires
(e-mail: claudia.pnpires@gmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e Saúde, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Maria do Céu Salvador^{1,2}.

1 – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
2 – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Coimbra

**Ansiedade aos Testes: uma leitura à luz do Modelo Cognitivo de
Clark e Wells para a Perturbação de Ansiedade Social**

Cláudia Patrícia Nunes Pires

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

Em primeiro lugar, não fosse a força motriz deste trabalho, o meu maior e mais profundo agradecimento à Professora Doutora Maria do Céu Salvador. Pela excelência, pelo rigor, pela dedicação incansável com que abraça todos os seus projetos. Por fazer, quem consigo aprende, querer ser sempre melhor, e gostar ainda mais do caminho que escolheu seguir. É, de facto, uma referência.

A todas as escolas que, com toda a simpatia e cordialidade, nos abriram portas para que pudéssemos recolher a matéria-prima deste trabalho: Colégio Rainha Santa Isabel, Escola Pedro Teixeira, Escola Secundária da Lousã, Escola Secundária Fernando Namora, Escola Secundária de Nelas. Um agradecimento particular à Escola Secundária Dr. Ginestal Machado, que, tão carinhosamente, tornou a receber-me, desta vez para concretizar o que há cinco anos era só um sonho de adolescente.

A todos os adolescentes que colaboraram nesta investigação. Estas páginas partiram de vós. São também para vós.

À Cláudia Nogueira e ao Daniel Seabra, que, na *paixão* pela Estatística, a tornaram para nós um pouco menos *penosa*. Obrigada pela vossa ajuda!

Porque uma tese não se faz sozinho, ao melhor grupo. À Inês, sempre com um sorriso pronto. À Vanessa, a quem gabo a inesgotável *energia*. À Tânia, que ao longo do caminho se foi tornando alguém que tive gosto em conhecer. E a ti, Verónica, minha companheira de todas as horas. Chegaste já no fim do curso, mas bem a tempo na minha vida. A nossa cumplicidade não se define. E a ti, à tua amizade, sem dúvida que levarei comigo. *Venham mais teses*.

Coimbra perde o encanto sem aqueles que a vivem connosco. A ti, Bárbara, por teres surgido no tempo certo. Pelo teu coração enorme. E a ti, Joana, pela tua bondade e

determinação. Por seres alguém que sabe como lutar. E por me teres permitido aprender isso contigo.

A todos os *Pães*. Pela música, pela partilha, pelas atuações de rua que nunca ninguém nos pede. Pelas noites ao piano e à guitarra. Pelas tostas e *happy hours*, pelas férias, pelos momentos só nossos. Pelo que mais ninguém entende. Convosco sentir-me-ei sempre em casa.

Àquele que será sempre o meu 115 e aos meus médicos de eleição, que o partilharam comigo: ao Ricardo e Danila pelos filmes, músicas e mil e um jantares. À Ju pelo carinho e pelo sorriso. E a ti, Cristina, por tudo e mais alguma coisa, e por nada em concreto. Por estares sempre presente, seja no quarto ao lado ou na minha vida. É difícil imaginar entrar em casa sem o teu "*Pires!*". Pelas conversas, pelos *finos* de que não gostamos, pelas lágrimas disto e daquilo. Por me conheceres melhor que eu. Por seres alguém que me faz compreender o verdadeiro sentido de *amizade*.

A ti, Maria, por te teres tornado *tanto*, seja em Coimbra ou em Santarém. Pelo (*sempre*) nosso 5º esquerdo. Por seres a minha confidente. A minha voz e a minha razão quando as sinto a escapar-me.

A ti, Jéssica, pela paciência, pela bondade, por seres alguém incondicionalmente presente. Mais que testemunhas do percurso uma da outra, somos participantes nele. Sei que não deixarás de cruzar o meu caminho, e que terei sempre um lugar ao teu lado.

À Ana Maria, que me conquistou desde o primeiro ano. Que me recebeu de coração aberto na sua casa e na sua vida. Pela sua beleza de carácter, e com ela me enriquecer a mim. És uma pessoa com quem vale a pena. Conhecer, partilhar, aprender. Coimbra levou-me até ti, e de Coimbra te levarei.

Aos meus 7 *anões*, por serem aquele cantinho para onde sempre correrei. Da Bijou ao Quinzena, de Santarém à Abis. Por tudo aquilo que convosco já vivi, e que só faz sentido ao vosso lado. A vossa amizade não tem preço. Obrigada por me fazerem feliz.

À minha madrinha Mafalda, que, venha quem vier, será sempre o meu *ídolo*. Com quem o silêncio é um lugar confortável. Que me dá a mão sem qualquer pedido, que sabe ler-me sem precisar de falar. Que me conhece tanto ou mais que eu, e que me dá sempre tanto de si. Um obrigado tão grande como o orgulho que tenho em ti.

Ao meu Pai, por ser o exemplo de excelência, rigor e sucesso que pretendo seguir.

Aos meus queridos avós, que sempre seguiram os meus passos com um sorriso e um orgulho ainda maior. Por serem o maior incentivo. Por nunca deixarem de acreditar em mim.

A ti, minha irmã do coração, pelas gargalhadas até doer a barriga, pelos momentos tão nossos, pela tua amizade. Mas também por seres quem mais amo neste mundo, por ser por ti que muitas vezes não desisto. Por veres sempre em mim o que tenho de melhor. Sei que sou aos teus olhos o que vou sempre trabalhar para ser.

À minha Mãe, que me permitiu crescer e ser o que me faz mais feliz. Que me deu sempre o chão para ir mais longe. Se hoje aqui estou, a ti o devo. Obrigada por nunca duvidares de mim.

A conquista só ganha sentido quando partilhada. E, por isso, este trabalho tem tanto de mim como de vós.

Muito obrigada.

**Ansiedade aos Testes: uma leitura à luz do Modelo Cognitivo de Clark e Wells
para a Perturbação de Ansiedade Social**

Cláudia Patrícia Nunes Pires¹

Maria do Céu Salvador¹

¹Universidade de Coimbra, Portugal

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Cláudia Pires

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: claudia.pnpires@gmail.com

Resumo

A ansiedade aos testes, altamente prevalente e interferente no desempenho de adolescentes em contexto escolar, não está contemplada como uma perturbação de ansiedade e não existem critérios específicos para a definir. Enquanto alguns autores a formulam como um subtipo específico de perturbação de ansiedade social (PAS), tendo por base o medo da avaliação negativa, outros consideraram-na uma fobia específica e, outros ainda, uma dimensão transdiagnóstica. Do nosso conhecimento, não existem ainda estudos no sentido de verificar se os fatores preconizados por qualquer modelo conceptual para a PAS estão ou não presentes na ansiedade aos testes e se contribuem ou não para a sua manutenção.

Assim, o presente estudo pretendeu explorar se os fatores preconizados pelo modelo de Clark e Wells (1995) – processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, atenção auto-focada, comportamentos de segurança e sintomas somáticos – estariam presentes em situações de teste.

A amostra foi constituída por 338 adolescentes entre os 13 e os 18 anos ($M = 16.23$; $DP = 1.38$), que completaram voluntariamente um conjunto de questionários de autorresposta.

Os resultados permitiram concluir que todas as variáveis preconizadas pelo modelo de Clark e Wells tiveram correlações positivas, significativas e de magnitude moderada a elevada com a ansiedade aos testes. Cada uma destas variáveis revelou, separadamente, ter um poder preditor significativo da ansiedade aos testes. Em conjunto, estas variáveis explicaram 73.7% da ansiedade aos testes. Sendo o único estudo do género, estes resultados poderão constituir um contributo importante para a discussão da classificação da ansiedade aos testes e apontam para a possibilidade de aplicação deste modelo na compreensão e intervenção nesta condição.

Palavras-chave: ansiedade aos testes, perturbação de ansiedade social, modelo cognitivo de Clark e Wells

Abstract

Test anxiety, a highly prevalent and interfering condition in adolescents' academic performance, is not classified as an anxiety disorder and there is no specific criteria to define it. Although some authors frame it as a specific subtype of social anxiety disorder (SAD), stating that its main feature is the fear of negative evaluation, some considered it a specific phobia, and others a transdiagnostic dimension. Nevertheless, from our knowledge, studies have not yet verified if, in fact, the factors included in any conceptual model of SAD also occur in test anxiety, and if they contribute or not to its maintenance.

Therefore, the aim of the present study was to explore if the factors described in Clark and Wells model (1995) – anticipatory, situational and post-event processing, self-focused attention, safety behaviors and somatic symptoms – would also occur in test situations.

The sample consisted of 338 adolescents aged between 13 and 18 ($M = 16.23$; $SD = 1.38$), who voluntarily completed several self-report questionnaires.

Results led to conclude that all the variables defined by Clark and Wells model had positive, significant and moderate to high correlations with test anxiety. Each one of these variables showed, separately, having a significant predictive power over test anxiety. Taken together, these variables explained 73.7% of test anxiety. Being the only study on this subject, these results may play an important role in the discussion of test anxiety classification and point out to a possible application of this model in understanding and treating this condition.

Keywords: test anxiety, social anxiety disorder, Clark and Wells cognitive model

Ansiedade aos Testes

O conceito de avaliação está inevitavelmente presente nas nossas vidas e nos mais variados contextos. O contexto escolar/académico e as situações de teste são das situações de avaliação mais frequentes e ameaçadoras para adolescentes e jovens adultos (e.g. universitários). “Vivemos numa cultura onde os testes predominam, sendo que as vidas das pessoas são em parte determinadas pelo seu desempenho nos mesmos” (Sarason, 1959, p. 26).

Efetivamente, no contexto escolar, os testes representam uma fonte de vulnerabilidade para os alunos ansiosos, causando-lhes insegurança, preocupação e dúvida acerca das suas capacidades (Zeidner, 1998), que podem tomar a forma de pensamentos intrusivos como, por exemplo, a antecipação de fracasso (Sarason, 1984).

Esta tendência para se ficar ansioso perante situações de avaliação ficou conhecida como ansiedade aos testes, “um grau elevado de medo e apreensão relativamente a um desempenho pobre e que resulte em autoavaliações negativas antes, durante e/ou depois dos testes, particularmente no domínio académico” (Brown et al., 2010). O início do estudo deste fenómeno remonta à década de 50, tendo sido, desde então, realizados vários estudos no sentido de o explorar e entender (Atkinson & Feather, 1966; Carver & Scheier, 1991; Covington, 1992; Sarason, 1972; Spence & Spence, 1966; Spielberger & Vagg, 1995; Wine, 1980; Zeidner, 1998).

Contudo, a investigação e a abordagem terapêutica no âmbito da ansiedade aos testes ainda não acompanham totalmente a sua elevada prevalência (Beidel & Turner, 1988; McDonald, 2001) nem a sua complexidade (Cruz, 1987; Salvador, 2009). Tanto que a ansiedade aos testes não está classificada como uma perturbação de ansiedade, nem no DSM-5 (American Psychiatric Association; APA, 2013) nem na ICD-10 (World Health Organization, 1992). A investigação não encontra um consenso acerca da sua natureza (Bögels et al., 2010), pela falta tanto de critérios específicos para definir a sua sintomatologia clínica

como de articulação de informação clínica com constructos teóricos. Uma revisão de LeBeau e colaboradores (2010) concluiu que em 590 estudos sobre ansiedade aos testes, publicados entre 1994 e 2009, apenas 6 incluíam tópicos clinicamente relevantes, como a comorbilidade, prevalência, sintomatologia e resposta ao tratamento. Esta carência na literatura pode ser explicada, entre outras razões, pelo facto de os modelos teóricos da ansiedade aos testes serem maioritariamente desenvolvidos na área da psicologia educacional e não na área clínica (Herzer, Wendt, & Hamm, 2014).

Não obstante, a ansiedade aos testes é, grosso modo, frequentemente considerada mais um exemplo do processo de alarme envolvido na antecipação ou confrontação com uma situação que se percebe como “perigosa”, por se considerar a situação difícil, excedendo as capacidades ou recursos percebidos para lidar com a mesma (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Beidel & Turner, 2007; Bögels et al., 2010; Zeidner, 1998). Enquanto o indivíduo continua a tentar lidar com a situação e, por exemplo, resolver o teste, tem que lidar com avisos contínuos, previsões e autoavaliações negativas (e.g., “não percebo nada disto”) (Beck et al., 1985; Beidel & Turner, 2007). De facto, estudos efetuados neste âmbito têm demonstrado o efeito negativo que a ansiedade excessiva em situações de desempenho tem sobre o mesmo, sobretudo a nível académico (Cruz, 1987, 1989; McDonald, 2001; Prins & Hanewald, 1997), quando na maioria dos casos, os indivíduos possuem os conhecimentos necessários para a realização eficaz das tarefas (Salvador, 2009).

Perturbação de Ansiedade Social

No contexto das relações sociais, o desejo de criar uma impressão positiva nos outros anda de mãos dadas com a insegurança em consegui-lo e o medo de ser avaliado negativamente por eles, resultando no que chamamos de ansiedade social (Leary e Kowalski, 1995), um *continuum* que em certo ponto se torna patológico, falando-se, a partir daí, de Perturbação de

Ansiedade Social (PAS), e merecendo atenção clínica (Salvador, 2009).

A prevalência da PAS (13.3%; Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 1997) e as suas características comprometedoras do funcionamento em várias áreas da vida, bem como o sofrimento que acarreta (APA, 2013), têm sido objeto de investigação exaustiva e compreensiva das suas especificidades (e.g., Clark & Wells, 1995; Coles, Turk, & Heimberg, 2002; Cox, Clara, Sareen, & Stein, 2008; Harvey, Ehlers, & Clark, 2005; Leary & Kowalski, 1995; Rapee & Heimberg, 1997; Salvador, 2009). No caso dos adolescentes, esta questão ganha especial importância se tivermos em conta o início situado habitualmente na adolescência e a cronicidade desta condição (APA, 2013), bem como a interferência que pode ter no desenvolvimento de competências sociais e no sucesso em várias áreas, chamando a atenção para uma intervenção precoce (Essau, Conradt, & Petermann, 1999; Kessler, 2003).

A vasta evidência empírica acerca da Perturbação de Ansiedade Social tem sido concetualizada por diversos modelos. A este propósito, o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) propõe uma compreensão dos fatores que estarão na base da manutenção desta perturbação. Para os indivíduos com PAS, as situações sociais são antecipadas como potencialmente perigosas e com consequências negativas em termos de desempenho e de avaliação de rejeição pelos outros (*processamento antecipatório*) (e.g., “Vou tremer, todos vão reparar e achar que não é normal”) (Clark & Wells, 1995). As mesmas situações, quando não evitadas na sequência do processamento antecipatório, são interpretadas como perigosas e ameaçadoras, percecionando-se o indivíduo como estando a comportar-se de forma embaraçosa e acreditando que isso levará à avaliação negativa por parte dos outros (*processamento situacional*). Este processo, que resulta da ativação automática de um “programa de ansiedade”, vem acompanhado de (1) *sintomas somáticos* (e.g., tremer, corar) que, por sua vez, podem ser interpretados como nova fonte de perigo, criando um ciclo vicioso que mantém ou aumenta a ansiedade, (2) mudança do foco da atenção, na qual o indivíduo

deixa de se focar nos outros e na interação e passa a perceber-se como objeto social (*atenção auto-focada*), e (3) *comportamentos de segurança* que funcionam como tentativa de defesa para prevenir as consequências que se antecipam ou facilitar a presença nas situações ansiógenas, na impossibilidade de as evitar (e.g., evitar o contacto visual, planear o que se vai dizer, não atrair atenções). De acordo com este modelo, outro dos processos que mantém ainda a PAS é o chamado *processamento pós-situacional* ou *autópsia da situação*, que ocorre quando o indivíduo revê, mentalmente e em detalhe, tudo o que aconteceu durante a interação. Ainda que o objetivo seja a autotraquilização, o resultado é muitas vezes o inverso e o sentimento de vergonha tende a aumentar (Clark & Wells, 1995).

Ansiedade aos Testes: Perturbação de Ansiedade Social ou Fobia Específica?

A linha de investigação existente no âmbito da ansiedade aos testes estabelece frequentemente um paralelismo entre esta e a ansiedade social: tendo como característica nuclear o medo da avaliação negativa, a ansiedade aos testes e a PAS não só constituem condições geralmente comórbidas, como apresentam também antecedentes comuns e sintomas fisiológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais semelhantes (Beidel & Turner, 1988, 2007; Bögels et al., 2010; Cunha, Pinto-Gouveia, & Soares, 2007; McDonald, 2001; Salvador, 2009; Sarason & Sarason, 1990).

No contexto escolar, os medos característicos de um adolescente com PAS podem passar por fazer ou ter a entrega de testes ou fichas de avaliação, ler em voz alta em frente à turma, apresentar um trabalho oralmente, entre outros (Beidel & Randall, 1994; Beidel & Turner, 2007; Essau et al., 1999; Hofmann et al., 1999; Rao et al., 2007; Wittchen, Stein, & Kessler, 1999), pelo que o jovem pode, frequentemente, evitar ir à escola (e.g., em dias de entrega de teste e apresentações de trabalhos) ou adotar comportamentos de segurança nessas situações,

como não tirar os olhos do texto ou colocar as mãos nos bolsos enquanto apresenta um trabalho, para esconder o tremor (Clark & Wells, 1995).

A antecipação do fracasso de um indivíduo com ansiedade aos testes pode incluir comparações desfavoráveis em relação aos outros, dúvidas acerca das suas capacidades e crenças relativas às consequências negativas de um mau desempenho (McDonald, 2001). Assim, julgando que tem provar o seu valor e esconder as suas dificuldades e defeitos, o indivíduo supõe que os outros irão notar e revelar qualquer falha ou sinal de nervosismo da sua parte, no sentido de o humilhar (Beck et al., 1985). Liebowitz (1987) considera a ansiedade aos testes como um tipo de ansiedade social de desempenho, incluindo o item “*Fazer um teste*” na sua *Escala de Liebowitz para a Ansiedade Social*. Schneier e Welkowitz (1996) dão igualmente como exemplo de atividades tipicamente temidas na PAS a realização de um teste. A ansiedade aos testes foi incluída nas características associadas com a Perturbação de Ansiedade Social no DSM-IV (APA, 2002), pelo que a realização de um teste é tomada como exemplo de situação temida no contexto da avaliação indireta dos outros. Salvador (2009) abordou a ansiedade aos testes como uma situação social, na aplicação de um protocolo de intervenção a adolescentes com PAS baseado no modelo de Clark e Wells (1995), referindo que a manutenção e reforço do problema residem na relação entre o processamento antecipatório que ocorre antes de um teste, o processamento situacional, sintomas somáticos, atenção auto-focada, comportamentos de segurança e processamento pós-situacional depois do teste. As estratégias terapêuticas direcionadas a estes processos provaram ser eficazes na redução da sintomatologia ansiógena em situações de teste. Também num estudo de caso de ansiedade de desempenho na escola (fobia ao ditado), a utilização do modelo de Clark e Wells (1995) provou ser adequada na sua concetualização e tratamento (Ahrens-Eipper & Hoyer, 2006).

Bögels et al. (2010) aproximam igualmente a ansiedade aos testes da PAS. Ao temer estar a ser observado pelos outros com medo da sua avaliação negativa, o indivíduo teme por sua

vez a rejeição por considerar estar a ter um desempenho inadequado. Ainda que as consequências antecipadas do desempenho possam não ser de carácter social (e.g., ter de repetir o teste ou a disciplina ou não conseguir entrar para a faculdade), estas podem ter consequências sociais que se tornem o foco nuclear do medo, como ser ou não socialmente desejável ou ter de socializar com novos colegas de turma caso reprove o ano (Bögels et al., 2010).

Não obstante esta ligação entre a ansiedade aos testes e a Perturbação de Ansiedade Social, alguns autores defendem outras posições. Na ICD-10 (World Health Organization, 1992), a fobia a exames, onde a ansiedade aos testes parece incluir-se, foi considerada uma fobia específica. Herzer e colaboradores (2014) sugerem que a ansiedade aos testes compreende um padrão homogêneo de medos relacionados com o desempenho e sintomas de evitamento. Apoiando as conclusões de LeBeau e colaboradores (2010), defendem a consideração da ansiedade aos testes como uma condição transdiagnóstica, isto é, independente de um quadro exclusivo ansiedade social, podendo a sua sintomatologia estar presente noutras perturbações (Herzer et al., 2014).

Para uma melhor compreensão dos mecanismos subjacentes à ansiedade aos testes, a exploração e articulação dos seus pressupostos teóricos nucleares (e.g., medo do fracasso e intenção de o evitar, que motivam o comportamento relacionado com o desempenho) tornaria possível a criação de intervenções terapêuticas mais focadas e específicas (Herzer et al., 2014). Deste modo, a ponte entre ansiedade aos testes e Perturbação de Ansiedade Social e a carência de articulação entre a literatura e a experiência clínica no âmbito da primeira parecem sugerir uma investigação mais compreensiva deste constructo, no sentido de clarificar as suas características e sintomatologia e nortear a abordagem terapêutica.

Objetivos e Hipóteses

Não existindo, do nosso conhecimento, nenhum estudo que relacione um modelo teórico específico de ansiedade social com a ansiedade aos testes, o objetivo deste estudo consistiu em

explorar se os fatores preconizados pelo Modelo Cognitivo de Clark e Wells (1995) para a Perturbação de Ansiedade Social (processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, atenção auto-focada, comportamentos de segurança e sintomas somáticos) poderiam ser aplicados à concetualização da ansiedade aos testes, partindo de uma amostra de adolescentes da população geral. Deste modo, os processos implicados na compreensão da ansiedade social verificar-se-iam igualmente em situações em que a ameaça percecionada seria a situação de teste/exame.

No que respeita à ligação entre as variáveis, eram esperadas correlações positivas e significativas entre a medida de ansiedade aos testes e as restantes medidas (ansiedade social, atenção auto-focada, processamento cognitivo antecipatório, situacional e pós-situacional, comportamentos de segurança e sintomas somáticos) (H1). Era também esperado que as medidas anteriormente referidas contribuíssem significativamente para a predição da ansiedade aos testes (H2).

Metodologia

Amostra

Para a concretização dos objetivos deste estudo, foi realizado um estudo transversal, avaliando uma amostra de adolescentes da população geral com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, em seis escolas do Ensino Básico (9º ano) e do Ensino Secundário (10º a 12º ano) distribuídas pela zona centro do país.

Definiram-se como critérios de exclusão dos participantes no estudo: (1) idade inferior a 13 e superior a 18 anos; (2) preenchimento incompleto dos questionários administrados; (3) evidência de aleatoriedade nas respostas aos instrumentos.

A amostra final ficou constituída por 338 sujeitos, sendo 214 do sexo feminino (63.3%) e 124 do sexo masculino (36.7%). A média de idades foi de 16.23 ($DP = 1.38$), não tendo sido

encontradas diferenças de género estatisticamente significativas ao nível da distribuição desta variável ($t_{(336)} = 0.43$; $p = .669$). Os sujeitos da amostra distribuíram-se entre o 9º e o 12º ano de escolaridade ($M = 10.75$; $DP = 1.16$), sendo o 12º ano o mais prevalente (39.3%). O género não teve influência na distribuição desta variável ($\chi^2_{(3)} = 1.44$; $p = .695$). No que respeita ao estatuto socioeconómico, a maioria dos sujeitos situou-se entre os níveis baixo e médio (46.4% e 46.7%, respetivamente). Tal como nas outras variáveis, também nesta não se verificaram diferenças de género ($\chi^2_{(3)} = 2.72$; $p = .436$).

Instrumentos

Os participantes deste estudo preencheram um protocolo de investigação constituído por um conjunto de instrumentos de autorresposta, destinados a avaliar a ansiedade aos testes, ansiedade social, processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, atenção auto-focada e comportamentos de segurança. Segue-se uma breve descrição de cada um desses instrumentos.

O *Reações aos Testes (RT – Reactions to Tests)*; Sarason, 1984; versão portuguesa para adolescentes por Vicente, 2011) é um questionário de autorresposta que pretende avaliar o grau de ansiedade em situações de teste/exame. A sua versão original foi desenvolvida por Sarason (1984), a partir de uma amostra de estudantes universitários americanos. É constituída por 40 itens, respondidos numa escala de *Likert* de 1 (“*Nada Típico*”) a 4 (“*Muito Típico*”) e distribuídos por quatro fatores: *Tensão* (e.g., “*Sinto angústia e mal-estar antes dos testes*”), *Preocupação* (e.g., “*Antes de fazer um teste, preocupo-me com a possibilidade de falhar*”), *Pensamentos Irrelevantes* (e.g., “*Durante os testes penso em acontecimentos recentes*”) e *Sintomas Somáticos* (e.g., “*Fico com dor de cabeça durante um teste importante*”). Tanto na versão original como na versão portuguesa para adultos, que apenas reteve 34 itens (Baptista, Soczka, & Pinto, 1989) foi demonstrada boa consistência interna, fiabilidade teste-reteste e

validade convergente. A versão do RT para adolescentes (Vicente, 2011), elaborada a partir da versão portuguesa para adultos, apresentou elevados índices de consistência interna ($\alpha = .93$ no total da escala e entre $\alpha = .75$ e $\alpha = .90$ nos fatores), de fiabilidade teste-reteste ($r = .83$) e boa validade convergente, bem como sensibilidade à mudança decorrente do tratamento (Salvador, 2009).

No presente estudo, os valores de consistência interna variaram entre razoáveis e muito bons (Total: $\alpha = .93$; Tensão: $\alpha = .92$; Preocupação: $\alpha = .87$; Pensamentos irrelevantes: $\alpha = .92$; Sintomas somáticos: $\alpha = .76$).

O *Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste* (QPAST; Salvador & Reis, 2015), desenvolvido para a população adolescente, pretende avaliar o tipo de pensamentos automáticos que ocorrem perante uma situação de teste/exame, bem como a sua frequência, principalmente se é experienciado um elevado grau de ansiedade. A escala está dividida em três subescalas, cada uma com dois fatores: subescala “Pensamentos antes dos testes”, com os fatores *Antecipação do Fracasso* (e.g., “*Vai correr mal*”) e *Medo de Avaliação Negativa* (e.g., “*Vão achar que não sei nada*”), subescala “Pensamentos durante os testes”, com os fatores *Avaliação Negativa do Desempenho* (e.g., “*Está a correr mal*”) e *Medo de avaliação negativa* (e.g., “*Os meus professores vão ficar desiludidos comigo*”) e subescala “Pensamentos depois dos testes”, com os fatores *Autópsia* (e.g., “*Fartei-me de estudar para nada!*”) e *Medo de avaliação negativa* (e.g., “*Os meus pais vão ficar desiludidos*”). É pedido ao sujeito que classifique a frequência de cada um dos pensamentos descritos nos itens, numa escala de tipo *Likert* de 1 (“*Nunca*”) a 5 (“*Sempre*”). Para responder ao questionário, o sujeito deve recordar-se de situações reais e concretas de teste/exame que lhe tenham causado ansiedade. Ao nível da consistência interna, foram encontrados valores razoáveis a muito bons, entre .90 e .91 nas subescalas e entre .77 e .89 nos fatores. A fidelidade teste-reteste foi elevada

em todas as subescalas ($r = .83, .84$ e $.82$, respectivamente, para as subescalas de Pensamentos antes, durante e depois dos testes).

No presente estudo, as consistências internas encontradas foram as seguintes: α subescala Pensamentos Antes dos Testes = $.91$; α fator *Antecipação do Fracasso* = $.89$, α fator *Medo de Avaliação Negativa* = $.77$; α subescala Pensamentos Durante os Testes = $.91$; α fator *Avaliação Negativa do Desempenho* = $.89$; α fator *Medo de Avaliação Negativa* = $.82$; α subescala Pensamentos Depois dos Testes = $.90$; α fator *Autópsia* = $.86$; α fator *Medo de Avaliação Negativa* = $.88$.

O *Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste* (QCST; Salvador & Reis, 2015) visa avaliar o tipo de comportamentos que os adolescentes adotam perante uma situação de teste/exame, bem como a sua frequência, principalmente se experienciam um elevado grau de ansiedade. A escala está dividida em duas subescalas: subescala “Comportamentos antes dos testes” (e.g., “*Tomo um comprimido antes do teste para ir mais calmo*”), e subescala “Comportamentos durante os testes” (e.g., “*Fico muito tempo na mesma pergunta, em vez de passar à próxima*”). É pedido ao sujeito que classifique a frequência de cada um dos comportamentos descritos nos itens, numa escala de resposta de tipo *Likert* de 1 (“*Nunca*”) a 5 (“*Sempre*”). Para responder ao questionário, o sujeito deve recordar-se de situações reais e concretas de teste/exame que lhe tenham causado ansiedade. O valor do alfa de *Cronbach* para a subescala “Comportamentos antes dos testes” foi de $.75$, e para a subescala “Comportamentos durante os testes” foi de $.70$. A fidelidade teste-reteste foi elevada nas duas subescalas ($r = .72$ e $.77$, respectivamente, para as subescalas de Comportamentos antes e durante os testes).

No presente estudo, foi usado somente o fator *Comportamentos durante os testes*, como medida dos comportamentos de segurança nessas situações, tendo sido obtido um alfa de $.70$.

A *Escala de Atenção Auto-focada em Situações de Exame para Adolescentes* (SFA-E-A; Salvador & Pires, 2015) tem como versão original a *Escala de Atenção Auto-focada* (SFA –

Self-Focused Attention Scale; Bögels, Alberts, & De Jong, 1996; versão portuguesa para adolescentes por Fontinho, 2012), que mede a atenção auto-focada em situações sociais. Comporta dois fatores, que medem, respetivamente, a atenção auto-focada na ativação fisiológica (SFA*ativ*), e a atenção auto-focada no comportamento (SFA*comp*). É um questionário de autorresposta com 11 itens respondidos numa escala de *Likert* de 0 (“*Nunca*”) a 4 (“*Quase sempre*”). Quanto maior a pontuação, maior será o nível de atenção auto-focada. A escala apresentou um alfa de *Cronbach* de .88 para o total e de .86 e .78, respetivamente, para SFA*ativ* e SFA*comp*. Na versão portuguesa para adolescentes (Fontinho, 2012), a SFA obteve uma consistência interna boa a muito boa, no total ($\alpha = .91$) e nos dois fatores (SFA*ativ*: $\alpha = .86$; SFA*comp*: $\alpha = .88$). A escala utilizada neste estudo (SFA-E-A, Salvador & Pires, 2015) foi adaptada a partir da versão portuguesa para adolescentes, tanto nas instruções, como na frase inicial (“*Quando me sinto nervoso durante uma situação de teste/exame, estou constantemente a avaliar...*”) e no conteúdo dos itens (e.g., SFA*ativ*: “*se estou a corar, tremer ou transpirar*”, SFA*comp*: “*se estou a ser suficientemente competente/bom na realização do teste/exame*”), de forma a avaliar a atenção auto-focada de adolescentes em situações de teste/exame. Dois dos itens foram eliminados nesta versão, embora se tenha mantido a estrutura bifatorial. As análises revelaram bons valores de consistência interna (total: $\alpha = .88$; SFA*ativ*: $\alpha = .84$; SFA*comp*: $\alpha = .89$) e uma fidelidade teste-reteste elevada ($r = .72$). A consistência interna no presente estudo foi de .85 para o total e de .83 e .87 para os fatores SFA*ativ* e SFA*comp*, respetivamente.

A *Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC – Multidimensional Anxiety Scale for Children*; March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997; Versão portuguesa para adolescentes por Salvador et al., 2015) é uma escala de autorresposta que tem como intuito a avaliação de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 19 anos. Contém 39 itens cotados numa escala de tipo *Likert* de

4 pontos, sendo uma maior pontuação indicadora de maiores níveis de ansiedade. Os itens estão distribuídos por quatro fatores, três dos quais incluindo dois subfatores: 1) Sintomas Físicos, com os subfatores Tensão/Impaciência e Queixas Somáticas, 2) Ansiedade Social, que inclui os subfatores Medo de Humilhação e Medo de Desempenho, 3) Ansiedade de Separação e 4) Evitamento do Perigo, que comporta os subfatores Perfeccionismo e Ansiedade Antecipatória / *Coping* Ansioso. Na versão original, apresentou níveis robustos de consistência interna para a escala total ($\alpha = .90$) e variáveis para os fatores, bem como boa fidelidade teste-reteste e validade convergente e divergente (March et al., 1997). Na aplicação da MASC a adolescentes portugueses (Salvador et al., 2015), as análises replicaram a estrutura fatorial e revelaram valores de alfa de *Cronbach* de .89 para o total da escala e entre .70 e .85 para os fatores.

No presente estudo, foi utilizado somente o fator Ansiedade Social da MASC, tendo sido obtido um alfa de *Cronbach* de .82 para esse fator.

Procedimento

O processo de recolha de amostra teve início após obtidas as autorizações da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) e da Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC). Posteriormente, foram contactadas várias escolas da zona centro do país, com o intuito de obter o consentimento das respetivas Direções para a recolha da amostra. Procedeu-se, num momento seguinte, à entrega de autorizações aos encarregados de educação e de um formulário de consentimento informado aos alunos participantes no estudo, onde foram referidos os objetivos da investigação, o carácter voluntário e confidencial da participação e a possibilidade de desistência a qualquer momento, bem como a utilização dos dados somente para fins de investigação.

O passo seguinte foi a recolha da amostra propriamente dita, em contexto de sala de aula, nas várias escolas que colaboraram nesta investigação. Cada protocolo incluía, antes dos instrumentos mencionados, uma folha de rosto com uma breve descrição do estudo e um questionário para recolha de dados sociodemográficos. Antes do preenchimento dos protocolos, foram mais uma vez explicadas oralmente as características da investigação aos participantes, bem como algumas recomendações acerca dos instrumentos e a não existência de respostas certas nem erradas. A ordem dos questionários foi balanceada, a fim de controlar eventuais efeitos de contaminação nas respostas dos participantes.

Estratégia Analítica

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 22.0) (IBM Corp., 2013).

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

Para a discriminação dos níveis socioeconómicos baixo, médio e elevado foi utilizada a classificação de Simões (1994).

Os valores de referência para interpretação dos índices de consistência interna foram os sugeridos por Pestana e Gageiro (2008), que consideram valores de alfa de *Cronbach* 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.

Para verificar se existiam diferenças de género nas variáveis sociodemográficas (idade, ano de escolaridade e estatuto socioeconómico) foram realizados testes-t e testes Qui-Quadrado. As diferenças de género na distribuição das variáveis em estudo foram apuradas pelas análises univariadas da variância (One Way ANOVA). As medidas de tamanho do efeito

foram interpretadas segundo a classificação de Cohen (1988), que considera valores de eta quadrado parcial entre .01 e .06 como baixos, entre .07 e .13 como médios, e a partir de .14 como elevados.

As correlações foram realizadas através do teste paramétrico de *Pearson*, e as suas magnitudes avaliadas usando os valores sugeridos por Pestana e Gageiro (2008), que apontam um coeficiente de correlação inferior a .20 como indicador de uma associação muito baixa, entre .21 e .39 baixa, entre .40 e .69 moderada, entre .70 e .89 elevada e superior a .90 muito elevada.

Para a realização das regressões foram tidos em consideração os pressupostos citados por Field (2009): multicolinearidade, homocedasticidade, independência dos erros, normalidade, singularidade e linearidade.

Resultados

Análises Preliminares

Apesar de as variáveis em estudo não se dispersarem segundo uma distribuição gaussiana, os valores de assimetria e achatamento não revelaram desvios graves à normalidade. Ainda que tenham sido detetadas algumas observações aberrantes (*outliers*), optámos por não retirar esses sujeitos da amostra por questões de validade ecológica. Não se verificaram não-respostas (*missings*).

No sentido de apurar a existência de diferenças de género nas variáveis em estudo recorreu-se a análises univariadas da variância (One Way ANOVA), estando os resultados, a par com as estatísticas descritivas, representados no Quadro 1. Apesar de terem sido detetadas algumas diferenças significativas, o tamanho do efeito foi moderado nessas variáveis, pelo que optámos por não controlar o género nas análises de regressão posteriores.

Quadro 1

Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) das variáveis em estudo por género e para a amostra total. One Way ANOVA para verificação de diferenças (N = 338)

Instrumentos	Raparigas		Rapazes		Total		F	p	η^2
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)			
RT_total	70.96	(17.32)	65.98	(16.77)	69.13	(17.26)	6.63	.010	.02
RT_T	19.00	(6.00)	15.35	(5.63)	17.66	(6.11)	30.40	.000	.08
RT_P	22.93	(6.07)	20.76	(6.20)	22.14	(6.20)	9.94	.002	.03
RT_PI	17.87	(6.79)	19.35	(6.05)	18.42	(6.56)	4.04	.045	.01
RT_SS	11.15	(3.79)	10.52	(3.27)	10.92	(3.62)	2.39	.123	.01
QPAST_antes_total	34.30	(9.23)	28.45	(9.69)	32.16	(9.80)	30.42	.000	.08
QPAST_antes_AF	26.89	(7.13)	21.94	(7.54)	25.07	(7.66)	36.16	.000	.10
QPAST_antes_MAN	7.42	(2.81)	6.51	(2.82)	7.08	(2.84)	8.18	.004	.02
QPAST_durante_total	35.09	(9.33)	31.18	(9.70)	33.66	(9.64)	13.43	.000	.04
QPAST_durante_AND	28.71	(7.23)	25.29	(7.67)	27.46	(7.57)	16.79	.000	.05
QPAST_durante_MAN	6.38	(2.81)	5.89	(2.72)	6.20	(2.78)	2.50	.115	.01
QPAST_depois_total	32.42	(8.04)	29.00	(8.81)	31.16	(8.48)	13.21	.000	.04
QPAST_depois_Aut	24.16	(5.39)	21.52	(6.06)	23.19	(5.78)	17.22	.000	.05
QPAST_depois_MAN	8.26	(3.64)	7.48	(3.59)	7.97	(3.64)	3.58	.059	.01
QCST_durante	21.78	(4.64)	21.97	(5.11)	21.85	(4.81)	0.12	.731	.00
SFA_E_A_total	15.87	(6.59)	13.25	(6.53)	14.91	(6.68)	12.49	.000	.04
SFA_E_A_Ativ	5.40	(4.28)	4.19	(4.01)	4.96	(4.22)	6.63	.010	.02
SFA_E_A_Comp	10.47	(3.48)	9.06	(3.89)	9.95	(3.69)	11.68	.001	.03
MASC_AS	11.44	(6.22)	8.76	(5.82)	10.46	(6.20)	15.23	.000	.04

Nota. RT_total = Reações aos Testes. RT_T = Fator Tensão do RT. RT_P = Fator Preocupação do RT. RT_PI = Fator Pensamentos Irrelevantes do RT. RT_SS = Fator Sintomas Somáticos do RT. QPAST_antes_total = Subescala Pensamentos Antes dos Testes do Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste. QPAST_antes_AF = Fator Antecipação do Fracasso da subescala Pensamentos Antes dos Testes do QPAST. QPAST_antes_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Pensamentos Antes dos Testes do QPAST. QPAST_durante_total = Subescala Pensamentos Durante os Testes do QPAST. QPAST_durante_AND = Fator Avaliação Negativa do Desempenho da subescala Pensamentos Durante os Testes do QPAST. QPAST_durante_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Pensamentos Durante os Testes do QPAST. QPAST_depois_total = Subescala Pensamentos Depois dos Testes do QPAST. QPAST_depois_Aut = Fator Autópsia da subescala Pensamentos Depois dos Testes do QPAST. QPAST_depois_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Pensamentos Depois dos Testes do QPAST. QCST_durante = Subescala Comportamentos Durante os Testes do Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste. SFA_E_A_total = Escala de Atenção Auto-focada em Situações de Exame para Adolescentes. SFA_E_A_Ativ = Fator Ativação da SFA-E-A. SFA_E_A_Comp = Fator Comportamento da SFA-E-A. MASC_AS = Fator Ansiedade Social da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças.

Associação entre a Ansiedade aos Testes, Ansiedade Social, Processamento Antecipatório, Situacional e Pós-Situacional, Atenção Auto-focada e Comportamentos de Segurança

As correlações entre todas as variáveis em estudo estão representadas no quadro em anexo. Os resultados permitem concluir que todas as variáveis se correlacionaram positiva e

significativamente. A medida de ansiedade aos testes (RT_total) demonstrou correlações moderadas a elevadas com a ansiedade social, atenção auto-focada (na ativação fisiológica e no comportamento), processamento antecipatório, processamento situacional, processamento pós-situacional e comportamentos de segurança. Também a dimensão cognitiva da ansiedade aos testes (fator Preocupação do RT) se correlacionou de forma moderada a elevada com as mesmas medidas, o mesmo ocorrendo com o fator Tensão do RT. De destacar a associação moderada entre o fator Sintomas Somáticos do RT e a atenção auto-focada na ativação fisiológica. De notar ainda que o fator Pensamentos Irrelevantes do RT foi o que demonstrou correlações de menor magnitude (de muito baixas a moderadas) com as restantes medidas.

O Papel Preditor do Processamento Antecipatório, Situacional e Pós-Situacional, Atenção Auto-focada, Comportamentos de Segurança e Sintomas Somáticos na Ansiedade aos Testes

De acordo com o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) para a Perturbação de Ansiedade Social, a manutenção deste quadro clínico é explicada pela ocorrência de processos cognitivos, emocionais e comportamentais durante a situação social temida, que se relacionam entre si: processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, atenção auto-focada, comportamentos de segurança e sintomas somáticos. Sendo o propósito deste estudo a avaliação do papel preditor destes mesmos processos na manutenção da ansiedade aos testes, procedeu-se num primeiro momento a análises de regressão linear (método *enter*) com o intuito de analisar o poder explicativo de cada um destes fatores, separadamente, na ansiedade aos testes. Uma vez que um dos fatores da medida de ansiedade aos testes (RT) constitui um dos fatores preconizados pelo modelo de Clark e Wells (Sintomas Somáticos), decidimos usar esse fator como uma das variáveis predictoras, sendo que a variável dependente passou a ser a

pontuação do RT sem o fator dos Sintomas Somáticos. Os resultados são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2

Análises de regressão linear para o processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, comportamentos de segurança, atenção auto-focada e sintomas somáticos (VI_s) sobre a ansiedade aos testes (VD)

Preditores	R ²	β	F	t	p
Modelo	.530		189.01		.000
QPAST_antes_AF		.624		12.27	.000
QPAST_antes_MAN		.143		2.82	.005
Modelo	.599		250.08		.000
QPAST_durante_AND		.683		14.78	.000
QPAST_durante_MAN		.128		2.77	.006
Modelo	.525		185.05		.000
QPAST_depois_Aut		.587		12.44	.000
QPAST_depois_MAN		.200		4.23	.000
Modelo	.299		143.24		.000
QCST_durante		.547		11.97	.000
Modelo	.423		122.81		.000
SFA_E_A_Ativ		.519		11.35	.000
SFA_E_A_Comp		.230		5.02	.000
Modelo	.441		265.44		.000
RT_SS		.664		16.29	.000

Nota. QPAST_antes_AF = Fator Antecipação do Fracasso da subescala Pensamentos Antes dos Testes do Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste. QPAST_antes_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Pensamentos Antes dos Testes do QPAST. QPAST_durante_AND = Fator Avaliação Negativa do Desempenho da subescala Pensamentos Durante os Testes do QPAST. QPAST_durante_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Pensamentos Durante os Testes do QPAST. QPAST_depois_Aut = Fator Autópsia da subescala Pensamentos Depois dos Testes do QPAST. QPAST_depois_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Pensamentos Depois dos Testes do QPAST. QCST_durante = Subescala Comportamentos Durante os Testes do Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste. SFA_E_A_Ativ = Fator Ativação da Escala de Atenção Auto-focada em Situações de Exame para Adolescentes. SFA_E_A_Comp = Fator Comportamento da SFA-E-A. RT_SS = Fator Sintomas Somáticos do RT.

Os resultados revelaram que todas as variáveis correspondentes aos fatores do Modelo Cognitivo de Clark e Wells (1995) se constituíram como preditores significativos da ansiedade aos testes, cada um deles explicando mais de 40% da variável dependente, à exceção dos comportamentos de segurança que explicaram 29.9%.

A análise dos coeficientes de regressão permitiu concluir que se destacou o peso explicativo dos pensamentos antes dos testes, no que concerne à antecipação do fracasso ($\beta = .624, p < .001$), dos pensamentos durante os testes, no que respeita à avaliação negativa do desempenho ($\beta = .683, p < .001$) e dos sintomas somáticos ($\beta = .664, p < .001$). Os fatores de medo de avaliação negativa, antes, durante e depois dos testes, revelaram um peso explicativo menor comparativamente aos outros fatores com que foram agrupados (antecipação do fracasso, avaliação negativa do desempenho e autópsia da situação).

Neste seguimento, dada a significância da contribuição de cada uma das variáveis na explicação da ansiedade aos testes, decidimos proceder a uma análise de regressão múltipla com todas as variáveis como VI, agrupadas no mesmo bloco, para avaliar em que medida todas contribuíam para a predição do RT.

Os resultados (Quadro 3) revelaram que o modelo é significativo ($R^2 = .737, F_{(10,327)} = 91.69, p < .001$), explicando cerca de 74% da variável dependente. A avaliação negativa do desempenho durante o teste, o medo de avaliação negativa depois do teste, os comportamentos de segurança, a atenção auto-focada na ativação e no comportamento e os sintomas somáticos continuaram a constituir preditores significativos da ansiedade aos testes. As medidas de avaliação negativa do desempenho durante os testes e de sintomas somáticos foram as que revelaram maior peso explicativo (QPAST_durante_AND: $\beta = .281, p < .001$; RT_SS: $\beta = .264, p < .001$). O medo de avaliação negativa depois dos testes demonstrou um coeficiente de regressão negativo ($\beta = -.156, p = .037$), quando integrou o modelo com todos os preditores, o que não acontecia quando entrava sozinho na análise de regressão.

Quadro 3

Análise de regressão múltipla para o processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, comportamentos de segurança, atenção auto-focada e sintomas somáticos (VI_s) sobre a ansiedade aos testes (VD)

Preditores	R ²	β	F	t	p
Modelo	.737		91.69		.000
QPAST_antes_AF		.118		1.90	.059
QPAST_antes_MAN		-.005		-0.08	.939
QPAST_durante_AND		.281		4.62	.000
QPAST_durante_MAN		.158		1.90	.058
QPAST_depois_Aut		.099		1.75	.082
QPAST_depois_MAN		-.156		-2.10	.037
QCST_durante		.116		3.35	.001
SFA_E_A_Ativ		.134		3.38	.001
SFA_E_A_Comp		.093		2.82	.005
RT_SS		.264		6.80	.000

Nota. QPAST_antes_AF = Fator Antecipação do Fracasso da subescala Pensamentos Antes dos Testes do Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste. QPAST_antes_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Pensamentos Antes dos Testes do QPAST. QPAST_durante_AND = Fator Avaliação Negativa do Desempenho da subescala Pensamentos Durante os Testes do QPAST. QPAST_durante_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Pensamentos Durante os Testes do QPAST. QPAST_depois_Aut = Fator Autópsia da subescala Pensamentos Depois dos Testes do QPAST. QPAST_depois_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Pensamentos Depois dos Testes do QPAST. QCST_durante = Subescala Comportamentos Durante os Testes do Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste. SFA_E_A_Ativ = Fator Ativação da Escala de Atenção Auto-focada em Situações de Exame para Adolescentes. SFA_E_A_Comp = Fator Comportamento da SFA-E-A. RT_SS = Fator Sintomas Somáticos do RT.

Discussão

Apesar da elevada prevalência, complexidade e interferência da ansiedade aos testes, não existe consenso a respeito da sua natureza nem da sua classificação como entidade nosológica.

Nesta sequência, a escassa articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica resulta na inexistência de modelos que orientem uma intervenção particular. A discussão relativa à classificação da ansiedade aos testes continua, com alguns autores a aproximarem a ansiedade aos testes da PAS, partindo do pressuposto que ambos partilham o mesmo medo nuclear (avaliação negativa dos outros) (e.g., Bögels et al., 2010), outros a considerarem-na

uma fobia específica (World Health Organization, 1992), e outros uma dimensão transdiagnóstica (Herzer et al., 2014; LeBeau et al., 2010). Um dos modelos mais amplamente estudados e validados na compreensão da PAS é o Modelo Cognitivo de Clark e Wells (1995), apontando uma série de fatores de manutenção: processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, atenção auto-focada, comportamentos de segurança e sintomas somáticos.

Dada a pertinência do estabelecimento da relação entre a ansiedade aos testes e ansiedade social e não havendo evidência de um modelo orientador da intervenção na ansiedade aos testes, o objetivo deste estudo consistiu em verificar, nesta condição, a ocorrência dos fatores preconizados por Clark e Wells (1995). Hipotetizou-se a existência de correlações positivas e significativas entre a ansiedade aos testes e a ansiedade social, e entre a ansiedade aos testes e todos os fatores do modelo. Hipotetizou-se também que estes fatores fossem medidas preditoras da ansiedade aos testes.

A correlação moderada entre a ansiedade aos testes e a ansiedade social parece, de facto, confirmar a literatura que aproxima e relaciona estes dois constructos (e.g., Beck et al., 1985; Beidel & Randall, 1994; Beidel & Turner, 2007; Bögels et al., 2010; Essau et al., 1999; Hofmann et al., 1999; McDonald, 2001; Salvador, 2009).

Verificaram-se correlações elevadas da ansiedade aos testes (principalmente a dimensão cognitiva Preocupação) com os pensamentos automáticos antes, durante e depois do teste, no que concerne, respetivamente, à antecipação do fracasso, avaliação negativa do desempenho e autópsia da situação. A confirmar parte destes resultados, Cruz (1987) denotou que, durante os testes, os alunos ansiosos entravam frequentemente num diálogo interno marcado por autoavaliações negativas acerca de si próprios e das suas capacidades. Outros teóricos da ansiedade de avaliação referiram já que as suas principais manifestações envolviam preocupações a propósito de um possível desempenho negativo e das suas consequências (referente à avaliação dos outros ou a consequências para o seu futuro) (Beck et al., 1985; Elliot

& McGregor, 1999; Sarason & Sarason, 1990). Zeidner (1998) realçou também que indivíduos com elevada ansiedade de desempenho se sentiam inseguros, preocupados e com dúvidas antes, durante e depois dos testes. Estes sujeitos dividem a sua atenção entre as exigências da tarefa e outras atividades cognitivas irrelevantes para a mesma, aquando da sua realização (e.g., autoavaliações negativas, comparações com os outros, pensamentos de antecipação de fracasso e relacionados com as suas consequências), bloqueando nas situações de avaliação e sendo incapazes de aceder à informação retida. Este desfasamento entre capacidades e desempenho é explicado pelo modelo de interferência cognitiva (Sarason, 1988; Wine, 1980).

O surgimento de outro tipo de pensamentos não relacionados com o teste, embora também irrelevantes para a sua realização (e.g., pensar em assuntos do quotidiano, sonhar acordado), medidos pelo fator Pensamentos Irrelevantes da medida de ansiedade aos testes, não revelaram grande correlação com as restantes medidas de pensamentos (antecipação do fracasso, avaliação negativa do desempenho e autópsia da situação), o que parece sugerir que os sujeitos que se “distraem” durante a realização do teste dificilmente experienciarão esses processos cognitivos de manutenção da ansiedade.

As dimensões Tensão e Sintomas Somáticos, moderadamente correlacionadas com as mesmas medidas de pensamentos, apontam para a relação entre fatores cognitivos e fisiológicos na ansiedade aos testes. Inúmeros autores (e.g., Beidel & Turner, 2007; Cruz, 1987; Zeidner, 1998) tinham já denotado que os estudantes mais ansiosos evidenciavam maior tendência a reagir com preocupação e tensão emocional e para experienciarem mais frequentemente sintomas corporais de ansiedade.

A ansiedade aos testes correlacionou-se moderadamente com a atenção auto-focada na ativação fisiológica e no comportamento, embora a magnitude da correlação com a primeira tenha sido maior. De modo particular, destacamos a correlação moderada entre as reações somáticas aos testes (e.g. boca seca, suores, náuseas), medidas pelo fator Sintomas Somáticos

do RT, e a atenção auto-focada nessa ativação fisiológica. Um estudo de caso de ansiedade de desempenho na escola (fobia ao ditado), partindo dos fatores preconizados por Clark e Wells, confirmou que o indivíduo estava focado nos sintomas somáticos (e.g., tremor) e não na tarefa (Ahrens-Eipper & Hoyer, 2006).

Os indivíduos mais ansiosos com os testes (principalmente aqueles com valores mais elevados de Preocupação) foram os que reportaram maior frequência de comportamentos de segurança. Estes comportamentos correlacionaram-se moderadamente com a antecipação do fracasso e a avaliação negativa do desempenho durante o teste. Deste modo, se o indivíduo antecipa que não se vai sair bem no teste (e.g., que vai ter má nota) ou se avalia negativamente o seu desempenho no mesmo (e.g., que não está a conseguir responder às questões), tentará ao máximo evitar as consequências temidas dessa situação, por exemplo, verificando várias vezes as respostas, escrevendo tudo o que sabe numa resposta mesmo que não seja relevante ou usando cábulas. De salientar que, curiosamente, os comportamentos de segurança tiveram uma baixa correlação com a ansiedade social. Note-se que a medida de comportamentos de segurança, sendo unifatorial, inclui itens que medem a tentativa do sujeito de prevenir um mau resultado de duas formas: não copiando (e.g., verificando várias vezes as respostas), e copiando (e.g., espreitando as respostas dos colegas, usando cábulas). Colocamos a hipótese de a maioria dos estudantes que têm maiores níveis de ansiedade social não terem tendência a copiar, pelo receio das consequências sociais desse comportamento (e.g., ser apanhado e a avaliação negativa que daí decorre), indo ao encontro das conclusões de Dickstein, Montoya, e Neitlich (1977). Especula-se se, tivesse a medida de comportamentos de segurança sido dividida em dois fatores, o fator que media os comportamentos de não copiar teria apresentado maior correlação com a ansiedade social.

Relativamente à correlação entre as medidas de ansiedade aos testes e ansiedade social e o medo de avaliação negativa (um dos fatores de todas as subescalas de pensamentos),

verificou-se que ambas se correlacionaram moderadamente com o medo de avaliação negativa antes, durante e depois dos testes. Mais uma vez, este dado parece confirmar não só o paralelismo entre ansiedade social e ansiedade aos testes, como o facto de o medo de avaliação negativa dos outros ser uma característica tanto de indivíduos com ansiedade social como de indivíduos com ansiedade aos testes (e.g., receio de desiludir os pais ou professores, receio que os julguem como burros ou incompetentes). Boyacioglu & Kucuk (2011) encontraram também, numa amostra de adolescentes, correlações significativas entre a ansiedade aos testes e o desejo de obter a aprovação dos outros.

No que concerne à análise dos fatores do modelo de Clark e Wells como preditores da ansiedade aos testes (processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, comportamentos de segurança, atenção auto-focada e sintomas somáticos), relembremos que a variável independente dos sintomas somáticos foi obtida a partir do fator Sintomas Somáticos do RT, consistindo a variável dependente na pontuação do RT sem esse fator. Concluiu-se que cada um dos fatores explicou mais de 40% da variância da ansiedade aos testes de forma significativa, à exceção dos comportamentos de segurança que explicou 29.9% da ansiedade aos testes. Estes dados parecem confirmar a hipótese H2 deste estudo, que previa que cada um dos fatores operasse como preditor significativo da ansiedade aos testes. A menor percentagem de variância explicada pelos comportamentos de segurança pode prender-se com o facto de nem todos os indivíduos com ansiedade aos testes adotarem os comportamentos descritos na medida utilizada neste estudo, o que não exclui a relevância do uso destes comportamentos como tentativa de prevenção das consequências temidas de um mau desempenho ou de facilitação da presença na situação de avaliação causadora de ansiedade. Com efeito, apesar de o intuito ser a prevenção da consequência temida, estes comportamentos atuam como fator de manutenção. Por exemplo, pelo receio da possível avaliação negativa do professor por deixar uma pergunta por responder, o adolescente pode passar muito tempo na mesma pergunta, o que

lhe toma tempo para responder às restantes, e que pode refletir-se na nota, reforçando a sua visão de incompetência (Salvador, 2009). De notar que a medida de comportamentos é uma medida de carácter mais heterogéneo comparativamente às medidas de pensamentos, sendo mais provável que diferentes sujeitos experienciem os mesmos pensamentos indicadores de ansiedade aos testes (e.g., “está a correr mal”) do que os mesmos comportamentos para tentar prevenir as consequências que julgam advir do desempenho negativo temido. Por exemplo, e paralelamente ao discutido nas correlações da ansiedade aos testes com os comportamentos de segurança, o sujeito que copia pelos colegas não será provavelmente o mesmo que tenta escrever tudo o que sabe numa resposta, mesmo que seja irrelevante para a pergunta.

O maior peso explicativo da ansiedade aos testes coube à antecipação do fracasso (antes do teste), à avaliação negativa do desempenho (durante o teste) e aos sintomas somáticos, embora a seguir se destaque também o peso da autópsia da situação (depois do teste), informação a partir da qual se conclui que o processamento antecipatório, situacional e pós-situacional e sintomas somáticos são processos efetivamente experienciados pelos indivíduos com ansiedade aos testes. Tal como definido por Clark e Wells (1995) para os indivíduos com PAS, também neste caso as situações de teste são antecipadas como potencialmente perigosas e com consequências negativas em termos de desempenho, interpretadas, aquando da sua ocorrência, como perigosas e ameaçadoras, ativadoras de sintomas somáticos (e.g. tremores, suores), o que por sua vez pode aumentar a ansiedade, e avaliadas retrospectivamente de forma detalhada, após a sua ocorrência, o que pode aumentar a ativação e até o sentimento de vergonha.

O baixo peso explicativo (*Beta*) do medo de avaliação negativa antes, durante e depois do teste pode prender-se com o facto de este fator ter sido, aquando da análise, agrupado no mesmo bloco que os fatores de antecipação do fracasso (antes do teste), avaliação negativa do desempenho (durante o teste) e autópsia da situação (depois do teste). Uma vez que esta análise

implica o cálculo do valor preditivo do medo de avaliação negativa quando qualquer uma das outras variáveis com que foi agrupado é zero, é fácil perceber que o medo de avaliação negativa não forneça muita explicação. Por exemplo, dificilmente ocorrerá ao adolescente que os seus pais ou professores vão ficar desiludidos consigo, se não lhe ocorreram, antes disso, pensamentos de que vai tirar negativa (antes), de que está a correr mal (durante), ou de que devia ter estudado mais (depois). Assim, o medo de avaliação negativa parece estar dependente da antecipação do fracasso, avaliação negativa do desempenho e autópsia da situação. Este panorama não deve causar estranheza se tivermos em consideração que é a interação destes fatores, e não a sua ação isolada, que é preconizada por Clark e Wells (1995).

A atenção auto-focada na ativação fisiológica teve um peso explicativo maior na ansiedade aos testes do que a atenção auto-focada no comportamento, confirmando as correlações e sugerindo que, durante o teste, o estudante com maior ansiedade estará mais focado no que está a sentir (nos seus sintomas de ansiedade) do que na forma como se está a comportar (e.g. se está a ser competente ou a compreender bem as perguntas). Carver, Peterson, Follansbee, e Scheier (1983) concluíram também que a atenção auto-focada influenciava negativamente o nível de ansiedade aos testes, prejudicando o desempenho do sujeito.

Quando testado o modelo dos preditores em conjunto na explicação da ansiedade aos testes, este explicou uma parte considerável da variância (73.7%), embora nem todas as variáveis tenham constituído preditores significativos. Destaca-se a avaliação negativa do desempenho durante o teste, que continua a revelar o maior peso explicativo, o que permite confirmar a presença deste processo na variável dependente em estudo e provando que, com efeito, seria mais provável que os pensamentos durante os testes fossem melhores preditores da ansiedade nessas situações, já que a medida que a avalia (RT) mede maioritariamente os pensamentos durante os testes, e não os pensamentos antes ou depois do teste. De seguida, salienta-se o peso dos sintomas somáticos como preditor significativo. De referir que o medo

de avaliação negativa depois do teste, no modelo com todos os preditores, passou a apresentar um peso explicativo (*Beta*) negativo, o que não só não era expectável como não é um dado de fácil compreensão. Podendo tratar-se de um aspeto específico da nossa amostra, recomendamos que, em estudos de replicação efetuados noutras amostras, este aspeto possa ser novamente verificado. No que concerne à atenção auto-focada, o fator ativação obteve um maior peso explicativo na ansiedade aos testes, indicador de que, aquando da situação de teste, o indivíduo redireciona a sua atenção da tarefa para si próprio, nomeadamente, e de forma mais acentuada, para o que está a sentir (sintomas somáticos). Deste modo, se está focado no que está a sentir ou a pensar (irrelevante para a tarefa) a sua atenção na tarefa estará reduzida, não lhe permitindo aceder à informação que recolheu durante o estudo, o que se irá refletir no desempenho, reforçando a sua sensação de incompetência (Salvador, 2009).

Quando analisados todos os preditores em conjunto, alguns preditores deixam de ser significativos na explicação da ansiedade aos testes (nomeadamente, a antecipação do fracasso e o medo de avaliação negativa antes do teste, o medo de avaliação negativa durante o teste e a autópsia da situação depois do teste). De referir que, apesar destes dados, o modelo que engloba todas as variáveis foi significativo, explicando uma parte considerável da variância. Deste modo, é possível que as variáveis se correlacionem umas com as outras com uma magnitude suficiente para que algumas, por si só, não expliquem a ansiedade aos testes, estando antes relacionadas entre si. E tendo em conta as medidas utilizadas para avaliar os pensamentos antes, durante e depois dos testes, verifica-se uma relação lógica entre a maioria dos itens. Mais uma vez, estes resultados fazem sentido se denotarmos que é pela interação entre estes processos e não pela sua ação isolada que Clark e Wells explicam a manutenção da PAS, explicação a partir da qual, neste estudo, pretendemos compreender a ansiedade aos testes.

Conclusão

No seu conjunto, estes dados confirmam as hipóteses definidas para este estudo, pelo que podemos afirmar a pertinência da conceitualização da ansiedade aos testes partindo dos fatores preconizados pelo modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) para a PAS (processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, atenção auto-focada, comportamentos de segurança e sintomas somáticos). A partir destes resultados, é possível retirar implicações clínicas. Uma vez estes fatores constituem os fatores de manutenção da PAS e, como sugerimos, também da ansiedade aos testes, a abordagem terapêutica poderá passar pela intervenção focada nestes processos, conforme apontado também por Clark e Wells (1995).

Embora os resultados tenham ido de encontro às hipóteses colocadas, este estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, sendo um estudo transversal, não permite estabelecer inferências causais, pelo que um estudo longitudinal permitiria colmatar esta limitação. O facto de a amostra ser constituída por adolescentes unicamente de escolas da zona centro do país, e maioritariamente a frequentar o 12º ano, poderá limitar a generalização dos dados obtidos, pelo que estudos futuros deverão utilizar uma amostra mais representativa da população portuguesa. Por outro lado, uma amostra da população geral poderá não ser representativa das variáveis que se pretenderam medir. Um estudo da mesma natureza numa amostra clínica poderia, eventualmente, colmatar esta limitação e, possivelmente, apresentar resultados mais expressivos. A informação acerca da ocorrência dos processos teorizados por Clark e Wells em indivíduos com ansiedade aos testes foi baseada somente em questionários de autorresposta, pelo que não podemos excluir a possibilidade de, partindo de uma avaliação mais fidedigna (e.g., através de entrevistas), isso resultar em maior robustez dos resultados. A medida de ansiedade social utilizada neste estudo (fator Ansiedade Social da MASC) é de carácter muito geral, pelo que, por exemplo, a utilização da *Escala de Ansiedade Social para Adolescentes* (SAS-A), que contém um fator denominado Medo de Avaliação Negativa, talvez

permitisse resultados mais expressivos. Também a natureza retrospectiva da autoavaliação (e não no momento da ativação) pode ter influenciado as respostas dos sujeitos. Uma avaliação imediatamente antes ou imediatamente após uma situação de teste talvez tivesse fornecido uma medida mais real e precisa da experiência dos processos em estudo.

Já que este estudo pretendeu somente avaliar a ocorrência dos fatores deste modelo na ansiedade aos testes, uma avaliação da eficácia terapêutica sobre os mesmos em indivíduos com esta sintomatologia afigurar-se-ia interessante e pertinente.

Não existindo, até ao momento e do nosso conhecimento, um estudo com estas características, este estudo representa um contributo pertinente dado que é o primeiro a fornecer tanto uma compreensão teórica como uma orientação da abordagem terapêutica na ansiedade aos testes, partindo de um modelo teórico de ansiedade social. Deste modo, poderá também, eventualmente, afigurar-se útil na discussão da classificação da ansiedade aos testes. Concetualizando a ansiedade aos testes como semelhante e paralela à ansiedade social, a leitura deste quadro à luz do modelo cognitivo de Clark e Wells permitirá, com efeito, intervenções terapêuticas mais focadas e específicas.

Referências

- Ahrens-Eipper, S., & Hoyer, J. (2006). Applying the Clark-Wells model of social phobia to children: The case of a “dictation phobia”. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 103-106.
- 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 School Library.
- Atkinson, J. & Feather, N. (1966). *A Theory of Achievement Motivation*. New York: Wiley and Sons.
- Baptista, A., Soczka, L., & Pinto, A. (1989). Ansiedade dos exames: aplicação de reacções aos testes (RT) a uma amostra da população portuguesa. *Psicologia*, 7(1), 39-49.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, M. T. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beidel, D. C., & Randall, J. (1994). Social Phobia. In T. H. Ollendick, N. J. King & W. Yule (Eds.), *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 111-130). New York: Plenum Press.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1988). Comorbidity of test anxiety and other anxiety disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 275-287.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder* (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Bögels, S., Alberts, M., De Jong, P. (1996). Self-consciousness, self-focused attention, blushing propensity and fear of blushing. *Personality and Individual Differences*, 21, 573-581.

- Bögels, S.M., Alden, L., Beidel, D.C., Clark, L.A., Pine, D.S., Stein, M.B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety, 27*, 168-189.
- Boyacioglu, N., & Kucuk, L. (2011). Irrational beliefs and test anxiety in Turkish school adolescents. *The Journal of School Nursing, 27*(6), 447-454.
- Brown, L. A., Forman, E. M., Herbert, J. D., Hoffman, K. L., Yuen, E.K., & Goetter, E. M. (2010). A randomized controlled trial of acceptance-based behavior therapy and cognitive therapy for test anxiety: A pilot study. *Behavior Modification, 35*(1), 31–53.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1991). A control-process perspective on anxiety. In R. Schwarzer & R. A. Wicklund (Eds.), *Anxiety and self-focused attention* (pp. 3–8). London: Harwood.
- Carver, C. S., Peterson, L. M., Follansbee, D. J., & Scheier, M. F. (1983). Effects of self-directed attention on performance and persistence among persons high and low in test anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 7*(4), 333–354.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (69-93). New York: Guilford.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coles, M. E., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (2002). The role of memory perspective in social phobia: Immediate and delayed memories for role-played situations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 415-425.
- Covington, M. V. (1992). *Making the grade*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cox, B. J., Clara, I. P., Sareen, J., Stein, M. B. (2008). The structure of feared social situations among individuals with a lifetime diagnosis of social anxiety disorder in two independent

- nationally representative mental health surveys. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 477-486.
- Cruz, J. F. A. (1987) Processos cognitivos e afetivos da ansiedade nos testes escolares: Um estudo exploratório ao longo do ciclo de realização. In J. F. Cruz, R. A. Gonçalves & P. P. Machado (Eds.), *Psicologia e Educação: Investigação e Intervenção*. Actas do Encontro Internacional de Intervenção Psicológica na Educação, Porto.
- Cruz, J. F. A. (1989). Incidência, desenvolvimento e efeitos da ansiedade nos testes e exames escolares. *Revista Portuguesa de Educação*, 2, 111-130.
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Soares, I. (2007). Natureza, frequência e consequências dos medos sociais na adolescência: dados na população portuguesa. *Psychologica*, 44, 207-236.
- Dickstein, L. S., Montoya, R., & Neitlich, A. (1977). Cheating and fear of negative evaluation. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 10(4), 319-320.
- Elliot, A. J., & McGregor, H. A. (1999). Test anxiety and the hierarchical model of approach and avoidance achievement motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(4), 628-644.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). London: SAGE Publications.
- Fontinho, A. (2012). *O papel da atenção auto focada na fobia social na adolescência: validação da versão portuguesa da Escala de Atenção Auto Focada (SFA) e estudos preliminares*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Harvey, A. G., Ehlers, A. & Clark, D. M. (2005). Learning history in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 257-271.

- Herzer, F., Wendt, J., & Hamm, A. O. (2014). Discriminating clinical from nonclinical manifestations of test anxiety: A validation study. *Behavior Therapy, 45*, 222-231.
- Hofmann, S. G., Albano, A. M., Heimberg, R. G., Tracey, S., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety, 9*, 15-18.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: Implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 19-27.
- Leary, M., & Kowalski, R. (1995). The Self-presentation Model of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (pp. 94-112). New York: Guilford Press.
- LeBeau, R.T., Glenn, D., Liao, B., Wittchen, H., Beesdo-Baum, K., Ollendick, T., & Craske, M.G. (2010). Specific phobia: A review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety, 27*, 148-167.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry, 22*, 141-173.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(4), 554-565.
- McDonald, A. S. (2001). The prevalence and effects of test anxiety in school children. *Educational Psychology, 21*, 89-101.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (1997). Factores situacionais e comportamentos de segurança na ansiedade social. Comunicação apresentada no *V Latini Dies e 3º Congresso Ibérico da Terapia Comportamental e Cognitiva*, Cascais.

- Prins, P. J., & Hanewald, G. J. (1997). Self-statements of test-anxious children: Thought-listing and questionnaire approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 440-447.
- Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L. E., & Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1181-1191.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741–756.
- Salvador, M. C. (2009). “*Ser eu próprio entre os outros*”: um novo protocolo de intervenção para adolescentes com Fobia Social Generalizada. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Salvador, M. C., Matos, A. P., Oliveira, S., March, J. S., Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2015). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis in a Sample of Portuguese Adolescents. Manuscrito submetido.
- Salvador, M. C., & Pires, C. (2015). *Escala de Atenção Auto-Focada (SFA) em situações de exame: Características psicométricas numa população adolescente*. Manuscrito em preparação.
- Salvador, M. C., & Reis, T. (2015). *Avaliação da Ansiedade aos Testes através de questionários de autorresposta: Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste e Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste*. Manuscrito em preparação.

- Sarason, I. G. (1972). Experimental approaches to test anxiety: Attention and the uses of information. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* (Vol. 2, pp. 383–403). New York: Academic Press.
- Sarason, I. G. (1984). Stress, anxiety, and cognitive interference: Reactions to tests. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 929-938.
- Sarason, I. G. (1988). Anxiety, self-preoccupation and attention. *Anxiety Research*, 1, 3–7.
- Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1990). Test Anxiety. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of Social and Evaluation Anxiety* (pp. 475-495). New York: Plenum Press.
- Sarason, S. B. (1959). What research says about test anxiety in elementary school children. *NEA Journal*, 48, 26–27.
- Schneier, F. R., & Welkowitz, L. (1996). *The Hidden Face of Shyness: Understanding and Overcoming Social Anxiety*. New York: Avon Books.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialização em Avaliação Psicológica, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Spence, J. T., & Spence, K. W. (1966). The motivational components of manifest anxiety: Drive and drive stimuli. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior* (pp. 291–326). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (1995). Text anxiety: A transactional process model. In C. D. Spielberger e P. R. Vagg (Eds.), *Text Anxiety: Theory, Assessment, and Treatment* (pp. 3-14). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Vicente, A. R. F. (2011). *O Reações aos Testes (RT): estudos de validação numa amostra de adolescentes portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Wine, J. D. (1980). Cognitive-attentional theory of test-anxiety. In I. G. Sarason (Ed.), *Test Anxiety: Theory, Research and Applications* (pp. 349–385). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Author.
- Zeidner, M. (1998). *Text anxiety: The state of the Art*. New York: Plenum Press.

Anexo

Correlações entre todas as variáveis em estudo (N=338)

Instrumentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. RT_total	1																		
2. RT_T	.79**	1																	
3. RT_P	.88**	.70**	1																
4. RT_PI	.64**	.14**	.38**	1															
5. RT_SS	.77**	.62**	.59**	.35**	1														
6. MASC_AS	.46**	.46**	.46**	.16**	.31**	1													
7. SFA_E_A_total	.65**	.60**	.62**	.28**	.52**	.48**	1												
8. SFA_E_A_Ativ	.65**	.58**	.58**	.29**	.62**	.46**	.87**	1											
9. SFA_E_A_Comp	.43**	.42**	.45**	.18**	.24**	.35**	.82**	.42**	1										
10. QPAST_antes_total	.72**	.63**	.73**	.35**	.49**	.51**	.56**	.51**	.43**	1									
11. QPAST_antes_AF	.71**	.63**	.71**	.35**	.48**	.48**	.53**	.47**	.41**	.98**	1								
12. QPAST_antes_MAN	.57**	.48**	.60**	.25**	.41**	.48**	.50**	.47**	.37**	.82**	.68**	1							
13. QPAST_durante_total	.77**	.63**	.79**	.39**	.54**	.52**	.56**	.52**	.42**	.88**	.85**	.74**	1						
14. QPAST_durante_AND	.76**	.63**	.78**	.40**	.53**	.50**	.55**	.50**	.42**	.83**	.84**	.63**	.98**	1					
15. QPAST_durante_MAN	.58**	.48**	.62**	.27**	.42**	.44**	.46**	.45**	.33**	.78**	.67**	.87**	.81**	.66**	1				
16. QPAST_depois_total	.72**	.58**	.73**	.37**	.50**	.47**	.53**	.49**	.40**	.89**	.86**	.75**	.89**	.84**	.80**	1			
17. QPAST_depois_Aut	.70**	.56**	.70**	.40**	.47**	.40**	.50**	.45**	.39**	.82**	.84**	.58**	.81**	.82**	.59**	.94**	1		
18. QPAST_depois_MAN	.56**	.46**	.60**	.23**	.42**	.45**	.45**	.43**	.32**	.76**	.67**	.83**	.79**	.67**	.92**	.84**	.60**	1	
19. QCST_durante	.54**	.41**	.52**	.35**	.38**	.25**	.35**	.31**	.27**	.50**	.50**	.38**	.54**	.55**	.38**	.52**	.53**	.38**	1

Nota. RT_total = Reações aos Testes. RT_T = Fator Tensão do RT. RT_P = Fator Preocupação do RT. RT_PI = Fator Pensamentos Irrelevantes do RT. RT_SS = Fator Sintomas Somáticos do RT. MASC_AS = Fator Ansiedade Social da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças. SFA_E_A_total = Escala de Atenção Auto-focada em Situações de Exame para Adolescentes. SFA_E_A_Ativ = Fator Ativação da SFA-E-A. SFA_E_A_Comp = Fator Comportamento da SFA-E-A. QPAST_antes_total = Subescala Pensamentos Antes dos Testes do Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste. QPAST_antes_AF = Fator Antecipação do Fracasso da subescala Pensamentos Antes dos Testes do QPAST. QPAST_antes_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Pensamentos Antes dos Testes do QPAST. QPAST_durante_total = Subescala Pensamentos Durante os Testes do QPAST. QPAST_durante_AND = Fator Avaliação Negativa do Desempenho da subescala Pensamentos Durante os Testes do QPAST. QPAST_durante_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Pensamentos Durante os Testes do QPAST. QPAST_depois_total = Subescala Pensamentos Depois dos Testes do QPAST. QPAST_depois_Aut = Fator Autópsia da subescala Pensamentos Depois dos Testes do QPAST. QPAST_depois_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Pensamentos Depois dos Testes do QPAST. QCST_durante = Subescala Comportamentos Durante os Testes do Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste.

** $p < .01$