

Filipa Santos Correia

Eficácia de uma Experiência Comportamental na redução de Sintomatologia de Ansiedade Social: Estudo Experimental de Caso Único



Universidade do Algarve

Faculdade da Ciências Humanas e Sociais

2024

Filipa Santos Correia

Eficácia de uma Experiência Comportamental na redução de Sintomatologia de Ansiedade Social: Estudo Experimental de Caso Único

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação de:

Professora Doutra Antónia Jimenez-Ros



Universidade do Algarve

Faculdade das Ciências Humanas e Sociais

2024

**Eficácia de uma Experiência Comportamental na redução de Sintomatologia de
Ansiedade Social: Estudo Experimental de Caso Único**

Declaro de Autoria de Dissertação

Declaro ser autora desta Dissertação de Mestrado, que é original e inédita.
Aos autores e trabalhos consultados estes estão devidamente citados no texto
e constam da listagem de referências incluídas.

Assinatura:

(Filipa Santos Correia)

«*Copyright*» em nome de Filipa Santos Correia

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos

Agradecimentos

O presente estudo acarretou um percurso longo e detalhado e gostaria de destacar com uma atenção especial a orientação por parte da Professora Doutora Antónia Ros, pela sua paciência, pela capacidade de transmitir o seu vasto conhecimento, pela disponibilidade e por me permitir de forma autónoma aprofundar o meu conhecimento sobre o tema, o que contribuiu para uma grande aprendizagem. Um enorme obrigada por acreditar em mim.

É também importante destacar o apoio incansável dos meus pais e do meu namorado, que acompanharam todos os dias a realização deste estudo e que, por vezes, acreditaram mais em mim do que eu própria.

...À Mariana e Chicha, as minhas grandes amigas, obrigada por me ouvirem a explicar e a rever vezes intermináveis este estudo e por me encorajarem a continuar.

Por último, gostaria de agradecer também aos participantes do estudo, que se permitiram entrar nesta “aventura” e que se comprometeram a comparecer até ao fim. Espero que de alguma forma este estudo tenha melhorado a vossa vida.

A todos um sincero e profundo agradecimento.

Resumo

Alguns estudos realizados sobre experiências comportamentais utilizadas na Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da Perturbação de Ansiedade Social, apesar dos resultados eficazes, referem que há necessidade de mais estudos acerca do efeito terapêutico da técnica no momento em que ocorre a mudança da modificação de crenças específicas de ansiedade social e redução de comportamentos de segurança. Por este motivo, o presente estudo é sobre o efeito de uma experiência comportamental concebida para modificar a crença incondicional de “vão todos olhar para mim”, com recurso a uma metodologia de estudo experimental de caso único. **Método:** Foram recrutados 4 participantes de uma amostra de 80 pessoas que se encontravam acima do percentil 80 nas EAESDIS e EPAAS, e que apresentassem a crença “vão todos olhar para mim”. Foi utilizado um *desing* experimental de caso único com linha de base múltipla (ABFU). A fase *baseline* teve uma duração de 5 sessões, foi seguida de 1 sessão de intervenção, e de 5 sessões pós-manipulação. Uma sessão de fase follow-up realizou-se 1 mês após a última sessão de pós-manipulação. **Resultados:** Os resultados mostraram que os níveis dos comportamentos de segurança, ansiedade e grau de crença diminuíram após a sessão de intervenção. Houve diferenças significativas entre os 4 participantes, tendo todos os casos evidenciado o efeito imediato de forma diferente. A intervenção teve um efeito elevado na redução da ansiedade (AB-NAP=0.82; TAU-U=0.57) e da crença “vão todos olhar para mim” (AB-NAP=0.88; TAU-U=0.69). **Conclusões:** De acordo com o nosso estudo, as experiências comportamentais demonstraram, por si sós, eficácia na redução imediata, a curto e a médio prazo dos comportamentos de segurança, crença e níveis de ansiedade na Perturbação de Ansiedade Social, pelo que podem constituir-se como intervenções de primeira linha no tratamento desta perturbação.

Palavras-Chave: Perturbação de Ansiedade Social; Comportamentos de Segurança ;
Crenças; Ansiedade; Terapia Cognitivo-Comportamental; Experiência Comportamental

Abstract

Some studies about the behavior experiments used in Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in the treatment of Social Anxiety Disorder (SAD), although favorable results, indicate that there is a need for more studies at the time the change occurs on the therapeutic effect of behavioral experiences for the modification of specific beliefs and reduction of safety behaviors. For this reason, the present study is about the effect of a behavioral experiment designed to modify the unconditional belief of "everyone will look at me", using a single-case experimental study methodology. **Method:** 4 participants were recruited from a sample of 80 people who were above the 80th percentile in the EADEIS and EPAAS, and who presented the belief "everyone will look at me". A single-case experimental design with multiple baseline (ABFU) was used. The baseline phase had a duration of 5 sessions was followed by 1 intervention session, and 5 post-manipulation sessions. A follow-up phase session was held 1 month after the last post-manipulation session. **Results:** The results showed that the levels of safety behaviors, anxiety and degree of belief decreased after the intervention session. There were significant differences between the 4 participants, with all cases showing the immediate effect differently. The intervention had a high effect on reducing anxiety (AB-NAP=0.82; TAU-U=0.57) and the belief "everyone will look at me" (AB-NAP=0.88; TAU-U=0.69). **Conclusions:** According to our study, behavioral experiences demonstrated, by themselves, efficacy in the immediate, short and medium term reduction of safety behaviors, belief and anxiety levels in Social Anxiety Disorder, so they can be first-line interventions in the treatment of this disorder.

Keywords: Social Anxiety Disorder; Safety Behaviors; Beliefs; Anxiety; Cognitive Behavioral Therapy; Behavior Experiments

Índice Geral

1.Introdução.....	1
2.Objetivos e Hipóteses	9
3.Método	10
3.1 Design	10
3.2 Participantes.....	10
3.3 Instrumentos e materiais	11
3.3.1. Questionário de dados sociodemográficos e clínicos.....	11
3.3.2. Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS)	12
3.3.3.Entrevista Clínica Estruturada com base no DSM-5 para a Perturbação da Ansiedade Social.....	12
3.3.4.Escala de Pensamentos Automáticos de Ansiedade Social	13
3.3.5. Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social.....	13
3.3.6. Questionário de Cognações Sociais.....	13
3.3.7 Experiência comportamental	14
4.Ilustração de Casos.....	14
4.1 Caso Ana.....	14
4.2 Caso Sofia	15
4.3 Caso João.....	15
4.4 Caso Júlia.....	16

5. Procedimento	17
6. Análise de Dados.....	19
7. Análises dos Resultados	20
7.1 Aceitabilidade	20
7.2 Efeito da intervenção na ansiedade.....	22
7.2.1 Ansiedade esperada.....	22
7.2.1.1 Inspeção Visual da ansiedade esperada.....	23
7.2.1.2 Análise estatística da ansiedade esperada.....	28
7.2.2 Ansiedade durante as sessões	30
7.2.2.1 Inspeção Visual da ansiedade durante as sessões	31
7.2.2.2 Análise estatística da ansiedade durante as sessões	37
7.3 Efeito da intervenção na crença “vão todos olhar para mim”	39
7.3.1 Crença antes das sessões	39
7.3.1.1 Inspeção visual da crença antes das sessões.....	39
7.3.1.2 Análise visual da crença antes das sessões	46
7.3.2 Crença durante as sessões	47
7.3.2.1 Inspeção visual da crença durante as sessões	48
7.3.2.2 Análise estatística da crença durante as sessões.....	54
7.4 Efeito da intervenção nos comportamentos de segurança	56
7.4.1 Inspeção visual do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel”...57	
7.4.2 Análise estatística do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel”...61	

7.5.1 Inspeção visual do comportamento de segurança “verificar se alguém está a olhar”.....	63
7.5.2 Análise estatística do comportamento de segurança “verificar se alguém está a olhar”.....	67
7.6.1 Inspeção visual do comportamento de segurança “olhar para baixo sem fazer nada”.....	69
7.6.2 Análise estatística do comportamento de segurança “olhar para baixo sem fazer nada”.....	73
8. Discussão dos Resultados.....	75
9. Referências Bibliográficas.....	86
10. Anexos.....	90

Índice de Tabelas

Tabela 1. Frequência e percentagem de respostas no nível máximo	11
Tabela 2. Descrição das fases do procedimento	19
Tabela 3. Totais de índices da EAESDIS e EPAAS antes e depois da experiência comportamental	21
Tabela 4. Comportamentos de segurança e definições.....	56
Tabela 5. Frequência do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel”	57
Tabela 6. Frequência do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel”	57

Índice Anexos

Anexo A. Tabela 1	94
Anexo B. Questionário de dados sociodemográficos e clínicos	93
Anexo C. Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social(EAESDIS)	94
Anexo D. Entrevista Estruturada do DSM-5 de Perturbação de Ansiedade Social	98
Anexo E. Escala de Pensamentos Automáticos na Ansiedade Social	100
Anexo F. Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social	102
Anexo G. Questionário de Cognitiones Sociais	104
Anexo H. Experiência Comportamental	106
Anexo I. Consentimento informado	107
Anexo J. Consentimento informado para a filmagem	110
Anexo K. Escala análogo visual antes das sessões	112
Anexo L. Escala análogo visual depois das sessões	113
Anexo M. Protocolo de preparação cognitiva	114
Anexo N. Tabela 4	121
Anexo O. Tabela 5 e 6	122

Lista de Siglas

BEs – Behavior Experiments

DSM- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DP- Desvio Padrão

EADESDIS- Escala de Ansiedade e Desempenho e Evitamento em Situações De Interação Social

ECSAS- Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social

EPAAS- Escala de Pensamentos Automáticos da Ansiedade Social

M- Média

PAS- Perturbação de Ansiedade Social

POC- Perturbação Obsessivo-Compulsiva

PP- Perturbação de Pânico

SCEDs- Single-Case Experimental Desings

TCC- Terapia Cognitivo-Comportamental

1.Introdução

A nível mundial, a Perturbação de Ansiedade Social (PAS), com uma prevalência aproximada de 12% (Clark et al, 2018), é a terceira perturbação psicopatológica mais frequente, a seguir à Perturbação Depressiva e à Perturbação de Abuso de Substâncias. Em Portugal, a prevalência desta perturbação é de 4,7% (Almeida et al., 2013).

A Perturbação de Ansiedade Social (PAS) caracteriza-se pelo medo da avaliação negativa durante as interações sociais, como conversar com indivíduos desconhecidos, estar em grupos ou falar ao telemóvel. Consequentemente, os indivíduos com PAS apresentam uma dificuldade associada à realização de tarefas que envolvam desempenho na presença de outras pessoas, como comer e beber em lugares públicos, chegar a locais onde já se encontram pessoas anteriormente ou apresentar um trabalho para uma audiência (Clark et al., 2018).

O desenvolvimento dos sintomas da PAS tem início na adolescência, por volta dos 11 anos, em 50% da população clínica e, no início da vida adulta, por volta dos 20 anos, em 80% dos indivíduos (Stein, 2008). Uma vez iniciada a perturbação, o seu curso é crónico, existindo uma grande probabilidade de manutenção ou agravamento dos sintomas ao longo da vida (Clark et al., 2018). A Perturbação de Ansiedade Social está associada a uma significativa incapacidade e diminuição da qualidade de vida da população clínica. A qualidade de vida, neste contexto, refere-se ao julgamento subjetivo da pessoa sobre a satisfação que ela experiêcia a vida quotidiana (Heimberg., 2022).

Um dos fatores que pode influenciar a qualidade de vida de um indivíduo é a necessidade de sentir pertença a um grupo social pois a sua sobrevivência depende da coexistência com os outros, desta forma a aceitação social surge como uma necessidade básica de cada indivíduo (Baptista et al., 2022). É comum as pessoas sentirem ansiedade

em determinadas situações sociais, o que pode ter uma função reguladora nas tarefas de desempenho, pode, porém, também refletir dificuldades na execução dessas mesmas tarefas. Deste modo, o que diferencia os indivíduos com ou sem patologia é o grau em que a pessoa experimenta ansiedade perante situações sociais, a duração e frequência dos sintomas, assim como o grau de evitamento dessas mesmas situações (Baptista et al., 2022).

Os indivíduos que apresentam patologia tendem a estar expostos a mais fatores de risco ao longo da vida do que os indivíduos que não apresentam patologia, sendo que os fatores de risco aumentam a probabilidade da origem dos sintomas da PAS. De acordo com Ollendick et al (2002) os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da Perturbação de Ansiedade Social são: (a) pré-disposição genética; (b) inibição comportamental, como a tendência para ficar em silêncio e o medo de novas situações; (c) comportamento modelo parental, como o medo de avaliações negativas dos outros por parte dos pais, alto nível de criticismo, a fraca promoção de interação social em idades precoces, entre outros; (d) eventos sociais de vida negativos, como rejeições, situações humilhantes, a negligência entre pares e (e) crenças cognitivas disfuncionais, que aumentam ou mantêm o nível de ansiedade social e interferem com os mecanismos de *coping*.

Os fatores de risco contribuem para o aumento da vulnerabilidade que pode dar origem à psicopatologia, no entanto, para a sua permanência é necessário a existência de fatores de manutenção. O modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) procura explicar como ocorre a manutenção da ansiedade social. Este modelo explica que quando um indivíduo está exposto a uma situação social, são ativadas crenças cognitivas disfuncionais acerca de si mesmo. Estas crenças fazem com que o indivíduo avalie a situação social como ameaçadora, aumentando as respostas de medo e ansiedade.

Consequentemente o indivíduo avalia os sinais ambíguos do contexto social no qual se insere como confirmatórios da avaliação negativa por parte dos outros. Desta forma, para minimizar a ansiedade sentida e o risco de avaliação negativa por parte dos outros, o indivíduo recorre a comportamentos de evitamento, escape e segurança.

As crenças cognitivas disfuncionais típicas da PAS podem ser categorizadas em: (a) crenças incondicionais, em que o foco está na avaliação negativa feita pelos outros, como por exemplo, “as pessoas acham que sou aborrecido” ou “vão todos a olhar para mim e vão julgar-me negativamente”; (b) crenças condicionais, em que há um destaque atencional para os resultados sociais negativos, como por exemplo, “se cometer erros os outros vão rejeitar-me” e (c) crenças de alto padrão de desempenho, em que o indivíduo percebe que tem de alcançar critérios sociais excessivamente altos para se enquadrar, como por exemplo, “tenho de transmitir uma boa impressão”(Wong et al., 2021).

Estas crenças fazem com que os indivíduos com PAS apresentem uma elevada dificuldade em descrever, expressar e, consequentemente, regular as suas emoções, o que despoleta a convicção de que não têm controlo nos eventos externos. Assumem que as suas emoções são incontrolláveis, alimentando um ciclo disfuncional onde perpetua o medo e o evitamento das situações sociais (Castella et al, 2014).

Devido às emoções suscitadas (nomeadamente, medo, ansiedade, vergonha, etc.) pela ativação das crenças anteriores, os indivíduos, tal como foi referido anteriormente, evitam ou escapam das situações sociais. Quando o evitamento não é possível enfrentam as situações, recorrendo a comportamentos de segurança para minimizar, a curto prazo, a ansiedade sentida ou a avaliação negativa percebida durante as situações sociais a que estão expostos. Contudo, tal como os comportamentos de evitamento e escape, os comportamentos de segurança contribuem para perpetuar a PAS, pois impedem experienciar de forma plena a situação social, impossibilitando, consequentemente, a

desconfirmação das crenças cognitivas disfuncionais. Os comportamentos de segurança podem manifestar-se: (a) a nível cognitivo, através, por exemplo do julgamento crítico de qualquer ideia ou pensamento antes de ser verbalizado; (b) a nível comportamental, através da preparação prévia excessiva do discurso antes de uma interação social, ficar a olhar para o telemóvel durante a permanência num sítio público, evitar o contacto visual durante uma conversa, entre outros (Piccirillo et al., 2015). Paradoxalmente os indivíduos com PAS atribuem o sucesso do enfrentamento das suas experiências sociais à utilização de comportamentos de segurança, constituindo a presença destes comportamentos um obstáculo para a eficácia do tratamento na terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Piccirillo et al., 2015).

Esta terapia apresenta eficácia nos tratamentos de aproximadamente 73,5% dos casos de PAS, tendendo as mudanças realizadas obtidas nos tratamentos a manter-se durante um follow-up de 6 a 12 meses (Morina et al., 2022).

Os resultados de eficácia das terapias psicológicas obtêm-se a partir da realização de ensaios clínicos controlados, em que são aplicados, em grupo, protocolos de tratamento que, no caso da TCC incluem técnicas como a reestruturação cognitiva, experiências comportamentais, a exposição, treino de competências sociais, técnicas de relaxamento, entre outros; que são comparados com um grupo de controlo. Os ensaios clínicos controlados proporcionam assim informação da eficácia que, em média, produzem estes pacotes de tratamento, mas não nos informam do verdadeiro efeito de cada uma das técnicas utilizadas no segmento da cadeia de tratamento para a redução da sintomatologia (Clément et al., 2019), nem do efeito para cada sujeito.

Tal como foi referido, umas das técnicas frequentemente utilizada na TCC para o tratamento da PAS são as experiências comportamentais. Estas experiências são atividades experimentais planeadas com o objetivo de testar a veracidade das crenças

disfuncionais dos indivíduos e através da nova informação adquirida durante a experiência ajudam a testar e construir novas crenças mais adaptativas. A eficácia das experiências comportamentais aumenta quando realizadas sem a utilização dos comportamentos de segurança visto que, tal como referido anteriormente, são um fator de manutenção das crenças disfuncionais (Salkovskis, 1991).

O efeito terapêutico das experiências comportamentais foi estudado por McMillan (2010) num estudo de revisão sistemática da literatura, para comparar a eficácia isolada das técnicas da Experiência comportamental vs. Exposição no tratamento de Perturbações de Ansiedade em adultos. Foram revistos 14 estudos (N=644) que atendiam critérios de inclusão para a Perturbação Obsessivo-compulsiva (POC), Perturbação de pânico (PP), Perturbação de Ansiedade Social (PAS) e fobias específicas. Os resultados confirmaram que não era possível concluir a componente de tratamento que apresentava maior eficácia, visto que não existia consistência nos resultados dos diversos estudos revistos. Algumas limitações apresentadas aos estudos foram as metodologias utilizadas que ficavam comprometidas pelas medidas diferentes utilizadas nas amostras, as breves durações de exposição, entre outros. Embora a revisão tenha encontrado algumas evidências de que as experiências comportamentais eram mais eficazes do que a exposição isolada, esses resultados não foram consistentes entre os estudos ou, em alguns casos, entre as medidas dentro de estudos.

Posteriormente, o efeito terapêutico das experiências comportamentais na redução da ansiedade social foi estudado por Renner, KA (2017) com o objetivo de comparar a componente do tratamento da TCC (experiências comportamentais) utilizado por Clark e Well's (*Focus-of-attention behavioral experimente, FABE*) com a técnica de Exposição Isolada (*Exposure-Only Control, EOC*). Neste estudo participaram 45 indivíduos com Perturbação de Ansiedade Social (N=45), em que 24 foram submetidos à experiência

comportamental e 21 à exposição isolada. Na fase pré-intervenção os participantes tiveram de ler passagens de livros para crianças perante uma audiência de dois assistentes da investigação, posteriormente, na fase *baseline* foram avaliados os níveis de atenção autocentrada e o nível de ansiedade de cada participante. A intervenção dividiu-se em 4 etapas tanto para os participantes que foram submetidos à EOC como para os que foram submetidos à FABE, em que nas 4 etapas após as instruções teriam de realizar a mesma atividade da fase *baseline*. Aos participantes da EOC foram somente dadas instruções sobre a importância da exposição na redução da ansiedade social, enquanto os participantes da FABE foram instruídos sobre a importância da atenção autocentrada, a atenção no exterior e sobre a não utilização de comportamentos de segurança para a diminuição dos níveis de ansiedade. Os resultados do estudo concluíram que a técnica Experiência Comportamental é mais eficaz no tratamento da ansiedade social do que a técnica de Exposição Isolada. Verificou-se a diminuição dos níveis de ansiedade, a diminuição da atenção autocentrada e melhoria da performance na fase pós intervenção nos indivíduos da FABE. Segundo os autores, a eficácia da experiência comportamental na diminuição dos níveis de ansiedade correlaciona-se especificamente com a instrução sobre a não utilização dos comportamentos de segurança, o que contribui para a diminuição da atenção autocentrada e consequentemente o aumento do foco no exterior. Foi considerada uma limitação pelos autores e proposto para possíveis futuros estudos a avaliação da eficácia da técnica de experiências comportamentais na redução de crenças cognitivas disfuncionais específicas em participantes com Perturbação de Ansiedade Social, podendo o conteúdo das crenças centrarem-se na avaliação dos outros, na própria performance ou no *self*.

O estudo apesar de apresentar resultados favoráveis da técnica experiências comportamentais aponta também como lacuna na literatura a escassa existência de

estudos que analisam a eficácia das experiências comportamentais na redução dos sintomas de ansiedade social. Para além do anteriormente descrito, no estudo de Renner (2017) não é possível compreender que variáveis apresentam uma melhoria, em que momento e como ocorre essa melhoria na amostra que foi alvo da experiência comportamental.

Um tipo de metodologia que pode ajudar a compreender melhor o efeito de cada técnica é a metodologia experimental de caso único que é caracterizada por ser uma investigação empírica sobre um evento/condição dentro do seu contexto natural. Esta metodologia inclui uma amostra de participantes pequena; e exploram a relação/interação mais aprofundada entre esses eventos ou condições em estudo (Yin,1994).

Para avaliar o efeito de um ou mais tratamentos em um ou mais casos únicos os estudos experimentais de casos únicos (Single-Case Experimental Designs, SCEDs) reúnem as três seguintes condições: (a) os dados são recolhidos, analisados e interpretados através um ou mais casos únicos, cada caso pode ser constituído por um participante ou outra entidade única, como uma escola ou uma família; (b) os casos são observados através de pelo menos duas medidas repetidas, com realização da manipulação experimental de variáveis independentes pelo investigador entre as medidas repetidas e (c) os resultados são comparados somente dentro do mesmo caso (Ferron et al., 2018) sendo o participante em estudo o seu próprio grupo de controlo (Nikles et al., 2021).

Como referido anteriormente, os SCEDs são utilizados para testar a eficácia de uma intervenção ou comparar a eficácia de duas ou mais intervenções. Este tipo de metodologia pode servir de complemento prático para estudos de maiores amostras de forma ajudar na fase inicial do desenvolvimento da investigação, bem como o aperfeiçoamento da aplicação dos resultados dos participantes individualmente. As

principais situações em que se utiliza a metodologia de caso único são: (1) Avaliar a eficácia de uma intervenção num participante em contexto clínico; (2) Investigar um contexto de reabilitação clínica (sem ser através de uma equipa de investigação) num participante; (3) Desenvolver uma investigação sobre uma intervenção específica de um caso atípico ou outra condição/tipo de doentes para os quais a intervenção foi inicialmente concebida; (4) Avaliar a eficácia de uma técnica de um pacote de tratamento; (5) Trabalhar com condições raras em doentes e que não seria possível juntar um número mínimo de participantes; (6) Impossibilidade de juntar uma amostra homogénea de participantes durante o estudo de grupo e (7) Limitação temporal, em que não é possível intervir numa amostra grande no tempo limite do estudo (ex: dissertação de mestrado) ou por haver um financiamento limitado que não permite o recrutamento de uma amostra grande (Krasny-Pacini, et al., 2018).

Desta forma foi utilizado a metodologia de estudo experimental de caso único para analisar o efeito longitudinal da implementação de uma experiência comportamental (uma técnica utilizada habitualmente dentro de pacotes de tratamento para a PAS) na redução da sintomatologia da Ansiedade Social em estudos de caso únicos. A realização deste estudo justifica-se porque (1) estudos sobre experiências comportamentais com resultados favoráveis referem a necessidade de mais estudos sobre a eficácia da técnica na PAS visto que é a terceira Perturbação Psicopatológica com maior frequência a nível mundial; (2) as revisões sistemáticas da literatura não mostraram ainda a suficiente evidência empírica acerca da eficácia de experiências comportamentais para a modificação de crenças específicas e redução de comportamentos de segurança do momento em que a mudança ocorre e a forma em que opera dentro de cada sujeito; (3) do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo realizado em contexto naturalista e em participantes que nunca foram submetidos a tratamento da PAS.

Por estes motivos propusemo-nos no presente estudo, estudar o efeito de uma experiência comportamental concebida para modificar a crença incondicional de “vão todos olhar para mim”, com recurso a uma metodologia de estudo experimental de caso único.

2. Objetivos e Hipóteses

2.1. Objetivos gerais

- Analisar o efeito da aplicação de uma experiência comportamental na crença “vão todos olhar para mim” nos participantes com Perturbação de Ansiedade Social.
- Analisar o efeito da aplicação de uma experiência comportamental nos comportamentos de segurança dos participantes com Perturbação de Ansiedade Social
- Analisar o efeito da aplicação de uma experiência comportamental nos níveis de ansiedade sentidos pelos participantes com Perturbação de Ansiedade Social.

2.2 Objetivos específicos

Hipóteses

H1: Comparativamente com os níveis da *baseline*, a ansiedade dos participantes reduzir-se-á durante 5 sessões consecutivas após a manipulação experimental.

H2: Após a manipulação experimental, o grau da crença “vão todos olhar para mim” dos participantes diminuirá, ao longo de 5 sessões consecutivas, comparativamente com as medidas de *baseline*.

H3: Comparativamente com os níveis da *baseline*, os níveis de intensidade e frequência dos comportamentos de segurança utilizados pelos participantes diminuirão, ao longo de 5 sessões consecutivas após a manipulação experimental.

H4: Os resultados obtidos anteriormente manter-se-ão ou melhorarão ao longo do follow-up.

3. Método

3.1 Design

Para o presente estudo foi utilizado um *Desing* experimental de caso único com linha de base múltipla (ABFU).

3.2 Participantes

Responderam ao questionário online 80 pessoas, as quais 69 respostas são do sexo feminino (86%) e 11 do sexo masculino (14%). O máximo da idade é de 65 anos e o mínimo de 18 anos ($M=32$; $DP=13,08$). Relativamente à situação profissional, trinta oito eram trabalhadores(as) a tempo inteiro, 3 trabalhavam a tempo parcial, 1 pessoa estava desempregada, vinte oito eram estudantes a tempo inteiro, oito eram estudantes trabalhadores e 2 pessoas responderam a opção “outro”. Sete pessoas apresentavam Diagnóstico de Perturbação Psicopatológica, mas nenhuma tinha o diagnóstico primário de Perturbação de Ansiedade Social.

Nas respostas ao questionário online para recruta de participantes, na escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social, a média de pontuação total do índice de Desconforto/Ansiedade ($M=43,51$; $DP=20,31$) foi superior à média de pontuação total do índice de Evitamento ($M=37,90$; $DP=20,65$). O máximo

de pontuação do índice de Desconforto/Ansiedade foi 92 enquanto o mínimo 4. No índice de Evitamento o máximo de pontuação foi 87 e o mínimo 1. Em anexo encontra-se a **Tabela 1** de frequência e percentagem de respostas no nível máximo na EPAAS de cada cognição (**Anexo A**).

A crença que seleccionámos para trabalhar neste estudo, através de uma experiência comportamental, foi “vão todos olhar para mim”. Esta crença foi seleccionada em oitavo lugar na lista de frequências das cognições da EPAAS segundo a **Tabela 1**, com uma média de pontuações maior no nível máximo da escala de *Likert* ($M= 2,28$); uma frequência de 10 respostas no nível máximo (3 “quase sempre”) na escala de *Likert* e uma percentagem de máximo de 12,5%.

Tendo em conta as pontuações de ambos os índices na escala EAESDSIS (máximo índice ansiedade= 92 e máximo índice evitamento= 87), foram recrutados os primeiros 10 participantes que se encontravam acima do percentil 80 das médias das pontuações de ambos os índices (*Percentil 80 Ansiedade=60,00 e Percentil 80 Evitamento=55,8*). Apenas 4 destes sujeitos seleccionados aceitaram participar na experiência. De seguida apresentam-se as características clínicas destes 4 participantes.

3.3 Instrumentos e materiais

Foi elaborado um protocolo de avaliação composto pelos seguintes instrumentos:

3.3.1. Questionário de dados sociodemográficos e clínicos

Foi desenvolvido, para este estudo, um questionário de dados sociodemográficos e dados clínicos (**Anexo B**).

3.3.2 Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS; Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 2003)

A EAESDIS é uma escala de autorrelato que avalia o nível de ansiedade e evitamento realizado em interações sociais. Esta escala é composta por 44 itens que caracterizam situações de desempenho e interação social e ainda posteriormente espaços em branco para que os participantes possam indicar duas situações que lhe provoquem desconforto/ansiedade que não tenham sido mencionadas anteriormente. As avaliações das situações estão dispostas numa escala de *Likert* variando de 1 a 4 em que 1 corresponde a “nenhum”, 2 “Ligeiro”, 3 “Médio” e 4 “Severo”. Relativamente às situações de evitamento estas são distribuídas de uma forma igual na escala de *Likert*. Assim, existem duas subescalas que avaliam dois índices: O índice de Desconforto/Ansiedade e o índice de Evitamento. Esta escala permite discriminar a população não clínica da que apresenta Perturbação de Ansiedade Social através do ponto de corte de 115 para a subescala de desconforto/ansiedade e 105 para a subescala de evitamento (Pinto Gouveia et al, 2013) (**Anexo C**). As características psicométricas deste instrumento confirmam que para amostra utilizada para o recrutamento dos participantes apresenta consistência interna elevada com um alfa de *Cronbach* de 0,95 para o índice de ansiedade e 0,95 para o índice de evitamento.

3.3.3. Entrevista Clínica Estruturada com base no DSM-5 para a Perturbação de Ansiedade Social

Foi estruturada uma entrevista guia baseada nos critérios de diagnóstico do DSM-5 para ser aplicada aos participantes recrutados para o estudo. Esta entrevista tem como objetivo o diagnóstico (**Anexo D**).

3.3.4 Escala de Pensamentos Automáticos na Ansiedade Social (EPAAS, Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 1997)

É uma escala de autorrelato constituída por 28 itens, os quais descrevem os pensamentos automáticos que os indivíduos apresentam quando se encontram numa situação social. A frequência dos pensamentos é avaliada através de uma escala de *Likert*, em que 0 representa “nunca” e 3 “quase sempre”. Dois espaços em branco permitem ainda que o participante especifique dois pensamentos automáticos que lhe ocorram perante uma situação social e que não se encontrem descritos anteriormente (Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 2000) (**Anexo E**). Esta escala apresenta uma consistência interna elevada com um alfa de *Cronbach* de 0.96 para a amostra utilizada para recrutar participantes para o estudo.

3.3.5 Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social (ECSAS) (Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 1997)

Esta escala tem como objetivo determinar os comportamentos de segurança utilizados pelos participantes durante a exposição a situações sociais. É estruturada por 17 itens que cumprem a escala de *Likert*, em que 1 corresponde a “nunca”, 2 “algumas vezes”, 3 “muitas vezes” e 4 “sempre”. Esta escala apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,82 (Pinto Gouveia et al, 2003) (**Anexo F**).

3.3.6 Questionário de Cognições Sociais

Este questionário tem como objetivo determinar os pensamentos que ocorrem quando os participantes estão expostos a uma situação social. No lado esquerdo dos pensamentos encontra-se um espaço para colocarem o nível em que lhes ocorre esse pensamento em que 0 corresponde “nunca ocorre este pensamento” a 5 que corresponde “o pensamento ocorre sempre que estou nervoso”. No lado direito das cognições sociais está um espaço

para os participantes completarem com o nível de 0 a 100 em que acreditam que o pensamento é verdade. O questionário é composto por 22 cognições sociais e no final ainda existe espaços para os participantes acrescentarem outras cognições que lhes ocorram e que não foram mencionadas anteriormente. Foi utilizada a versão traduzida pelos autores deste estudo (**Anexo G**).

3.3.7 Experiência comportamental

A experiência comportamental foi adaptada de Clark e Leigh (2018) (**Anexo H**).

4. Ilustração dos Casos*

4.1. Caso Ana

Ana é do sexo feminino, tem 32 anos e é Portuguesa. A participante trabalha a tempo inteiro e não apresenta diagnóstico de psicopatologia prévio. Na resposta ao questionário online Ana apresentou 84 pontos no índice de Ansiedade e 76 pontos no índice de Evitamento na EAESDIS, na EPAAS obteve um total de 65 pontos. Na entrevista estruturada a participante cumpriu todos os critérios de diagnóstico de uma Perturbação de Ansiedade Social segundo o DSM-5. Segundo Ana a sua ansiedade é marcada em situações de desempenho (ex: apresentações orais), reuniões de trabalho, centros comerciais e falar com pessoas desconhecidas. A participante afirmou que costumava evitar essas situações, mas que nos últimos tempos tentava enfrentá-las, no entanto, sentia ansiedade e medo acentuados. O contexto social onde foram realizadas todas as sessões da Ana foi num café na baixa de faro. O café tinha espaço interior e exterior (esplanada). As sessões de Ana foram realizadas todas no exterior. O mesmo era bastante frequentado por outras pessoas durante as sessões. Após a experiência comportamental foi pedido que Ana respondesse novamente ao questionário inicialmente divulgado online e a

*Os nomes dos casos são fictícios

participante obteve no índice de Ansiedade uma pontuação de 73 e 60 no índice de Evitamento na EAESDIS, na EPAAS obteve um total de 45 pontos.

4.2. Caso Sofia

Sofia é do sexo feminino, tem 22 anos e é Portuguesa. A participante é estudante a tempo inteiro e não apresenta diagnóstico de psicopatologia prévio. Na resposta ao questionário online Sofia apresentou 72 pontos no índice de Ansiedade e 57 pontos no índice de Evitamento na EAESDIS, na EPAAS obteve um total de 82 pontos. Na entrevista estruturada a participante cumpriu todos os critérios de diagnóstico de uma Perturbação de Ansiedade Social do DSM-5. Segundo a participante a sua ansiedade centra-se em situações como falar em público, discotecas, jantares de grupo e lugares públicos desconhecidos. Sofia apresentava um medo intenso que as outras pessoas notassem que corava perante essas situações sociais e desta forma evitava enfrentar essas mesmas situações sociais. O contexto social onde foram realizadas todas as sessões da Sofia foi num café em Faro. O café tinha espaço interior e exterior (esplanada). As sessões de Sofia foram realizadas todas no interior. O mesmo era bastante frequentado por outras pessoas durante as sessões. Após a experiência comportamental foi pedido que Ana respondesse novamente ao questionário inicialmente divulgado online e a participante obteve no índice de Ansiedade uma pontuação de 17 e 19 no índice de Evitamento na EAESDIS, na EPAAS obteve um total de 39 pontos.

4.3. Caso João

João é do sexo masculino, tem 23 anos e é português. O participante trabalha a tempo inteiro e não apresenta diagnóstico de psicopatologia prévio. Na resposta ao questionário online João apresentou 78 pontos no índice de Ansiedade e 85 pontos no índice de Evitamento na EAESDIS, na EPAAS obteve um total de 107 pontos. Na entrevista

estruturada o participante cumpriu todos os critérios de diagnóstico de uma Perturbação de Ansiedade Social do DSM-5. Segundo o João a sua ansiedade centra-se em situações em que tem de ficar sozinho em ambientes sociais, situações em que é avaliado e que necessita de ter outras pessoas a olhar para si. O participante apresentava medo que as outras pessoas notassem que a sua perna treme quando se encontrava ansioso durante situações sociais e desta forma evita enfrentar essas situações sociais, só frequentava sítios que lhe são familiares. O contexto social onde foram realizadas todas as sessões do João num café em Faro. O café tinha espaço interior e exterior (esplanada). As sessões de João foram realizadas todas no exterior. O mesmo era bastante frequentado por outras pessoas durante as sessões. Após a experiência comportamental foi pedido que João respondesse novamente ao questionário inicialmente divulgado online e o participante obteve no índice de Ansiedade uma pontuação de 75 e 53 no índice de Evitamento na EAESDIS, na EPAAS obteve um total de 68 pontos.

4.4. Caso Júlia

Júlia é do sexo feminino, tem 22 anos e é Portuguesa. A participante é estudante a tempo inteiro e não apresenta diagnóstico de psicopatologia prévio. Na resposta ao questionário online Júlia apresentou 79 pontos no índice de Ansiedade e 79 pontos no índice de Evitamento na EAESDIS, na EPAAS obteve um total de 66 pontos. Na entrevista estruturada a participante cumpriu todos os critérios de diagnóstico de uma Perturbação de Ansiedade Social do DSM-V. Segundo Júlia a sua ansiedade surge em contextos sociais como apresentações orais, interações com pessoas desconhecidas e frequentar sítios desconhecidos sozinha. A participante apresentava medo intenso que as outras pessoas notassem que costumava evitar o contacto visual e desta forma evitava enfrentar as situações sociais referidas. O contexto social onde foram realizadas todas as sessões da Júlia foi num café em Faro. O café tinha espaço interior e exterior (esplanada).

As sessões de Júlia realizaram-se todas no exterior. O mesmo era bastante frequentado por outras pessoas durante as sessões. Após a experiência comportamental foi pedido que Júlia respondesse novamente ao questionário inicialmente divulgado online e a participante obteve no índice de Ansiedade uma pontuação de 57 e 46 no índice de Evitamento na EAESDIS, na EPAAS obteve um total de 41 pontos

5.Procedimento

Para a seleção da amostra o estudo foi divulgado nas redes sociais. A divulgação conduziu ao formulário online, onde foi solicitado o consentimento informado (**Anexo I**), e o preenchimento do questionário de dados sociodemográficos e clínicos, a EAESDIS e a EPAAS. Após o recrutamento desenvolvido anteriormente no ponto 3.1 relativo aos participantes, para confirmar o diagnóstico foi realizada uma entrevista individual estruturada com base nos critérios do DSM-5, aos participantes com as pontuações mais elevadas na escala EAESDIS e a crença “vão todos olhar para mim” e que concordassem participar no estudo. Foi solicitado aos participantes o consentimento informado permitindo o registo áudio e vídeo das sessões (**Anexo J**).

A experiência foi implementada em 4 fases: (1) **Baseline**, nesta fase os participantes responderam a uma entrevista estruturada do DSM-5 e à escala ECSAS. Foi explicado aos participantes que teriam, individualmente, durante 10 minutos permanecerem sozinhos num café e que repetiriam durante 5 dias consecutivos. Cada sessão foi filmada com recurso a um telemóvel de filmar para que, posteriormente, as discriminações dos comportamentos de segurança utilizados fossem realizadas de forma mais rigorosa e objetiva. As discriminações dos comportamentos de segurança incluíam, através da revisão dos vídeos das sessões, o apontamento da frequência em intervalos de tempo (em

segundos) de cada comportamento de segurança (eg., “utilizar o telemóvel” de 1,13 s a 2,23 s). Após a recolha dos dados dos vídeos das sessões pelo investigador foram visualizados novamente por um ajudante do investigador para que as medições dos dados dos comportamentos de segurança fossem realizadas através do mesmo método anteriormente explicado. Posteriormente, foram comparados os resultados (frequência dos comportamentos de segurança).

Antes de cada sessão foi pedido que respondessem a uma escala análogo-visual (**Anexo k**). Após cada sessão cada participante respondia novamente às mesmas perguntas (**Anexo L**). Durante a fase *baseline* não foram dadas indicações sobre o que cada participante deveria fazer enquanto ficava sozinho durante 10 minutos no café; (2) **Fase experimental**, na sessão 6 foi implementada a manipulação experimental que teve a duração de 30/40 minutos e que incluiu uma preparação cognitiva da crença “vão todos olhar para mim” e dos comportamentos de segurança, de acordo com um protocolo comum a todos os participantes (**Anexo M**), foram realizadas medidas iguais à da base fase *baseline* antes e após a sessão, no entanto, não foram cotados os comportamentos de segurança nessa sessão (3) **Fase pós-experimental**, esta fase englobou 5 sessões iguais às da *baseline*, onde os participantes foram novamente confrontados com a situação social. Foram realizadas as mesmas medidas que na *baseline* antes e após as sessões e foi também utilizado recurso a uma câmara de filmar em todas as sessões (4) **Follow-up**, passado um mês, após a última sessão de experiência comportamental, foram aplicadas novamente as medidas realizadas na *baseline* e na fase experimental para avaliar a estabilidade temporal dos sintomas e possíveis alterações que validassem ou não as hipóteses propostas. A **Tabela 2** proporciona uma descrição pormenorizada da conteúdo e duração de cada fase.

Foi pedido a cada participante depois da experiência terminar que respondesse novamente às escalas EAESDIS e EPAAS.

Tabela 2

Descrição das fases do procedimento

	<i>Baseline</i>	Manipulação Experimental	Fase Pós-manipulação experimental	Follow-Up
Desing	A		B	FU
Índice	Confronto com a situação social; Registo de medidas de autorrelato (crenças e ansiedade); Registo em vídeo para codificação do	Aplicação do protocolo de preparação cognitiva; Registo de medidas de autorrelato (crenças e ansiedade);	Confronto com a situação social; Registo de medidas de autorrelato (crenças e ansiedade); Registo em vídeo para codificação do tipo, frequência e duração dos	Confronto com a situação social; Registo de medidas de autorrelato (crenças e ansiedade); Registo em vídeo para codificação do tipo, frequência e duração dos
Número de sessões	5	1	5	1

6. Análise de Dados

Para o presente estudo foram realizadas as análises das estatísticas descritivas dos dados sociodemográficos dos 4 participantes com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 29.0. Foram realizadas as análises visuais em páginas web dos níveis, tendência, estabilidade, índice de efeito imediato, efeito

imediate da média e mediana, sobreposição e consistência dos comportamentos de segurança, do grau da crença e da ansiedade de acordo com as diretrizes do *standard convencional What Works Clearinghouse Procedures And Standards Handbook, Version 4.0*. (Rumen et al., 2014) link: <https://manolov.shinyapps.io/Overlap/>

As análises estatísticas calcularam as medidas do tamanho do efeito através de análises intra-sujeito e entre-sujeito dos comportamentos de segurança, do grau da crença e da ansiedade e foram realizadas para dois momentos (AB e BFU) em páginas web de acordo com as diretrizes do *software Single-case effect size calculator version 0.7.2*. (Pustejovsky et al., 2023) link: <https://jepusto.shinyapps.io/SCD-effect-sizes/> e <https://jepusto.shinyapps.io/scdhlm/> .

A análise de dados apresenta uma elevada extensão visto que para cada variável foram realizadas diversas inspeções visuais. Não foram retiradas análises pois poderia ser perdida informação importante e detalhada, no entanto, para eventual publicação futura algumas análises visuais serão enviadas em material suplementar para evitar a elevada extensão do estudo e facilitar a leitura da mesma.

7. Resultados

7.1 Aceitabilidade

Foram realizadas 48 sessões ao todo e nenhum dos participantes abandonou a experiência, nem faltou a nenhuma sessão. Finalizada a experiência, os participantes foram questionados sobre a utilidade da mesma, a acessibilidade e os efeitos sobre a sua sintomatologia de ansiedade social: (1) De 0 a 10 o quão útil considera a experiência para a diminuição da sua ansiedade social? Sofia classificou a utilidade com 10 e os restantes participantes classificaram com 8; (2) De 0 a 10 o quão acessível foi para si esta

experiência? Todos os participantes classificaram a acessibilidade com 10, exceto Júlia que classificou com 6 e (3) De 0 a 10 o quão considera que os seus sintomas de ansiedade social diminuíram após a experiência? Sofia e Júlia classificaram com 7, Ana classificou com 6 e João com 5.

Na **Tabela 3** apresentam-se os valores totais dos índices de ansiedade e evitamento da Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho em Interações Sociais (EAESDIS) e da Escala de Pensamentos Automáticos da Ansiedade Social (EPAAS), antes e após a experiência.

Tabela 3

Totais dos índices da EAESDIS e EPAAS antes e depois da Experiência Comportamental

Participante	Ansiedade	Ansiedade	Evitamento	Evitamento	EPAAS	EPAAS
	antes	depois	antes	depois	antes	depois
Ana	84,00	73,00	76,00	60,00	65,00	45,00
Sofia	72,00	17,00	57,00	19,00	82,00	39,00
João	78,00	75,00	55,00	53,00	107,00	68,00
Júlia	79,00	57,00	79,00	46,00	66,00	41,00

Após a experiência todos os participantes experimentaram uma redução da ansiedade, do evitamento e das cognições. A Sofia obteve um decréscimo de 55 pontos no índice de ansiedade, de 38 pontos no índice de evitamento e 43 pontos na EPAAS, sendo estes

valores o máximo de decréscimo obtido pelos participantes na EADESIS. O João obteve um decréscimo 3 valores no índice de ansiedade e 2 valores no índice de evitamento, sendo estes valores o mínimo de decréscimo obtido pelos participantes na EADESIS. O mínimo de decréscimo na EPAAS após a experiência foi de Ana que obteve uma redução de 10 valores.

7.2. Efeito da Intervenção na Ansiedade

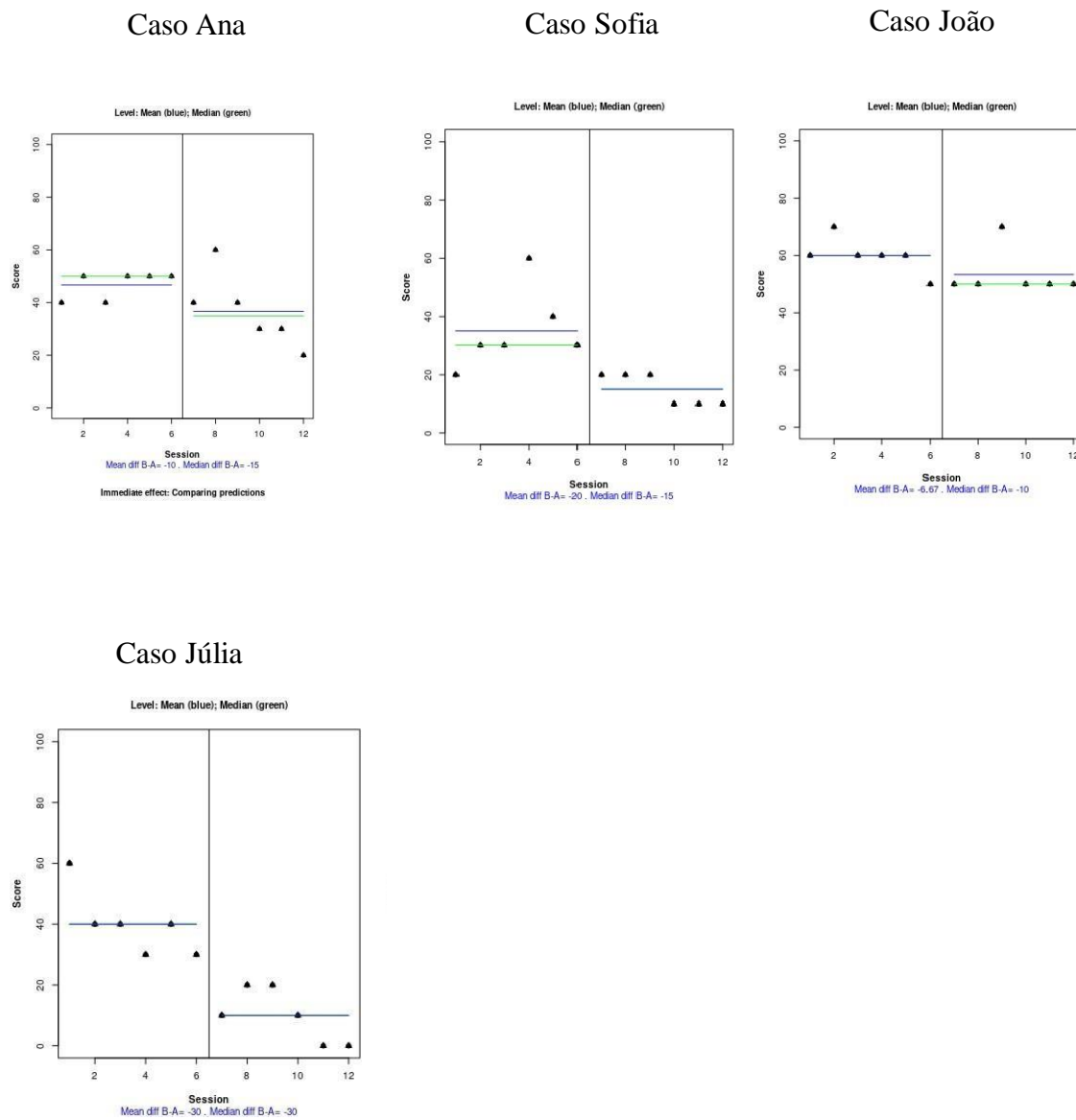
Neste ponto foi analisado o efeito da intervenção sobre a ansiedade (tanto esperada antes das sessões como a experimentada durante as sessões).

7.2.1 Ansiedade esperada (antes das sessões)

Os resultados da análise dos gráficos dos níveis sugerem a diminuição dos níveis médios da ansiedade esperada após a intervenção: Média Ana ($M_{\text{pré}}=46.67$, $DP=4.73$) e ($M_{\text{pós}}=36.67$, $DP=12.52$); média Sofia ($M_{\text{pré}}=35.00$, $DP=12.64$) e ($M_{\text{pós}}=15.00$, $DP=5.02$); média João ($M_{\text{pré}}=60.00$, $DP=5.8$) e ($M_{\text{pró}}=53.33$, $DP=7.48$) e média Júlia ($M_{\text{pré}}=40.00$, $DP=10.04$) e ($M_{\text{pró}}=10.00$, $DP=8.2$).

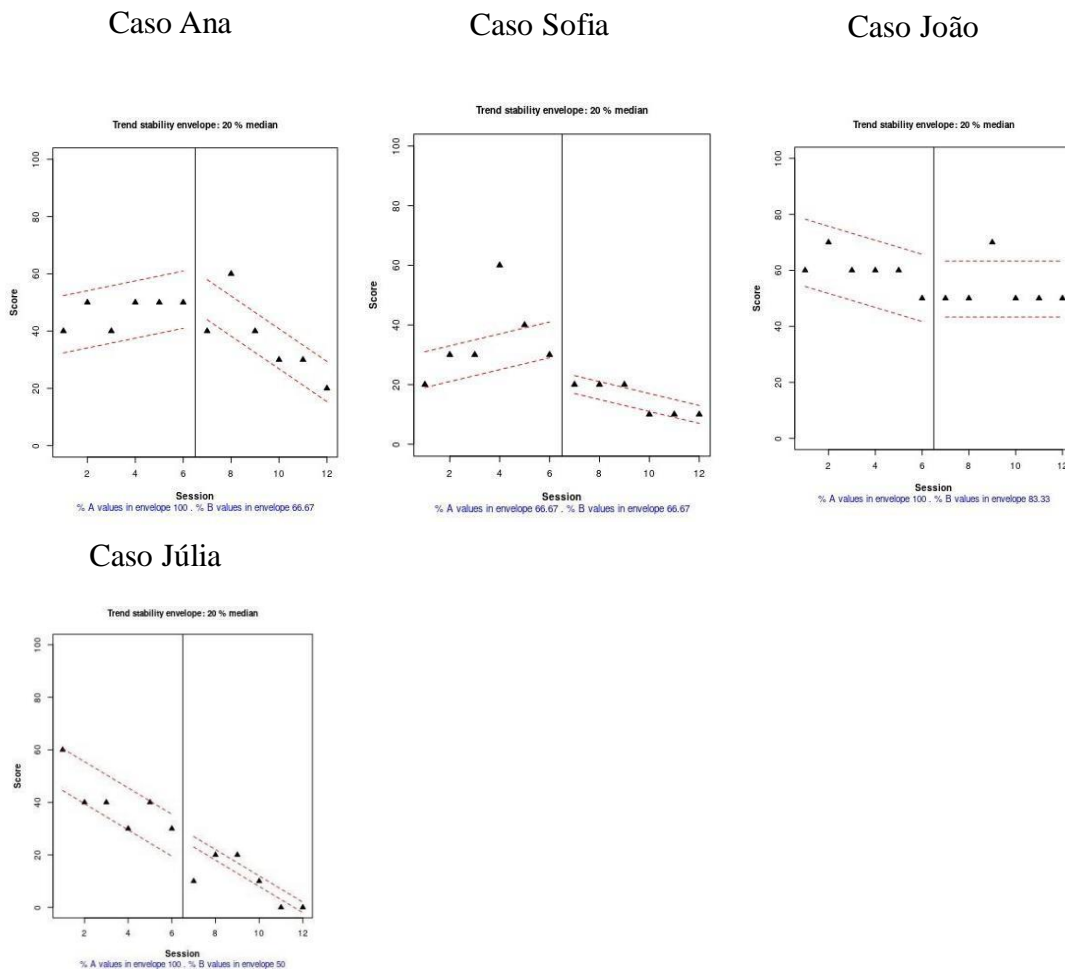
7.2.1.1. Inspeção Visual da Ansiedade Esperada

Figura 1. Análise Visual dos Níveis de Ansiedade esperada



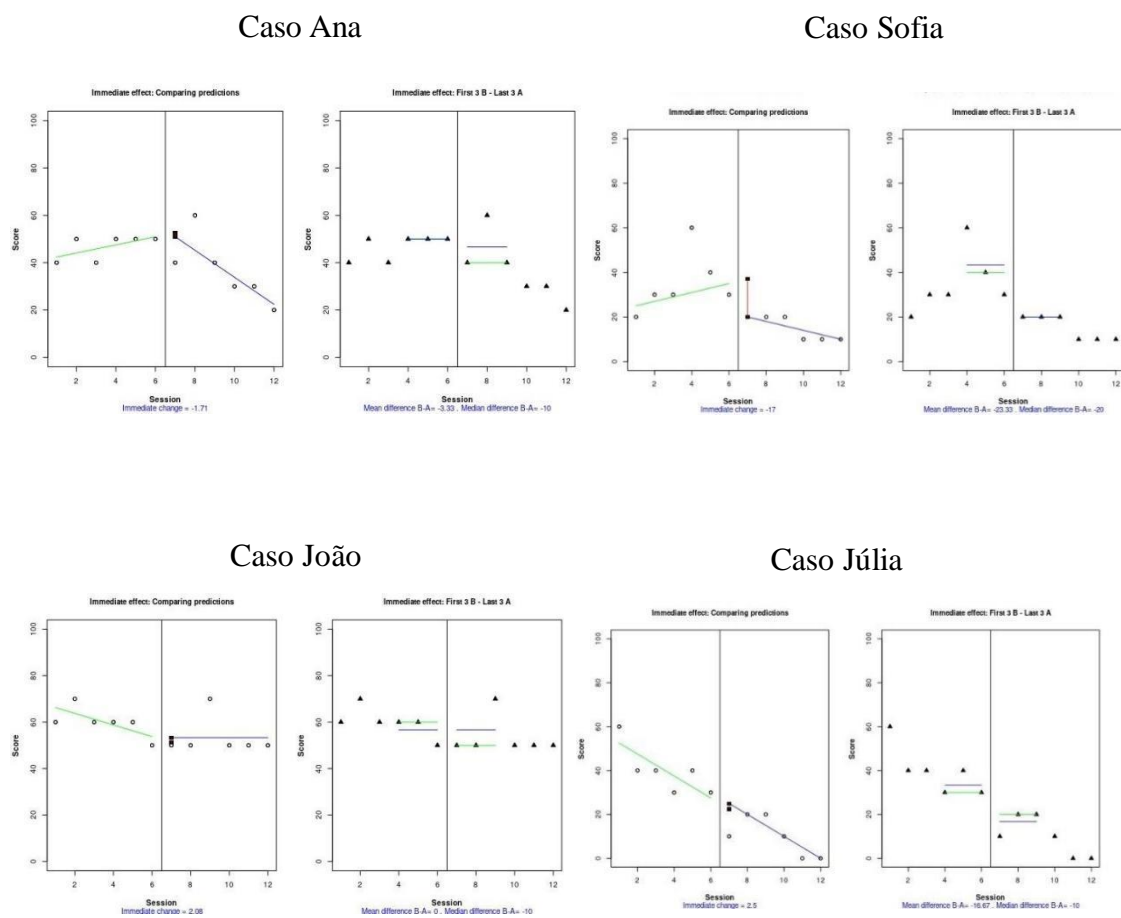
Na **Figura 1** é possível observar os gráficos dos níveis que representam a diferença entre as linhas de nível da média (azul) e a mediana (verde) dos valores de ansiedade da fase B (após a intervenção) e da fase A. Nos quatro casos, os gráficos de nível sugerem uma diminuição dos níveis de ansiedade esperada após a intervenção.

Figura 2. Análise Visual do índice de estabilidade da ansiedade esperada



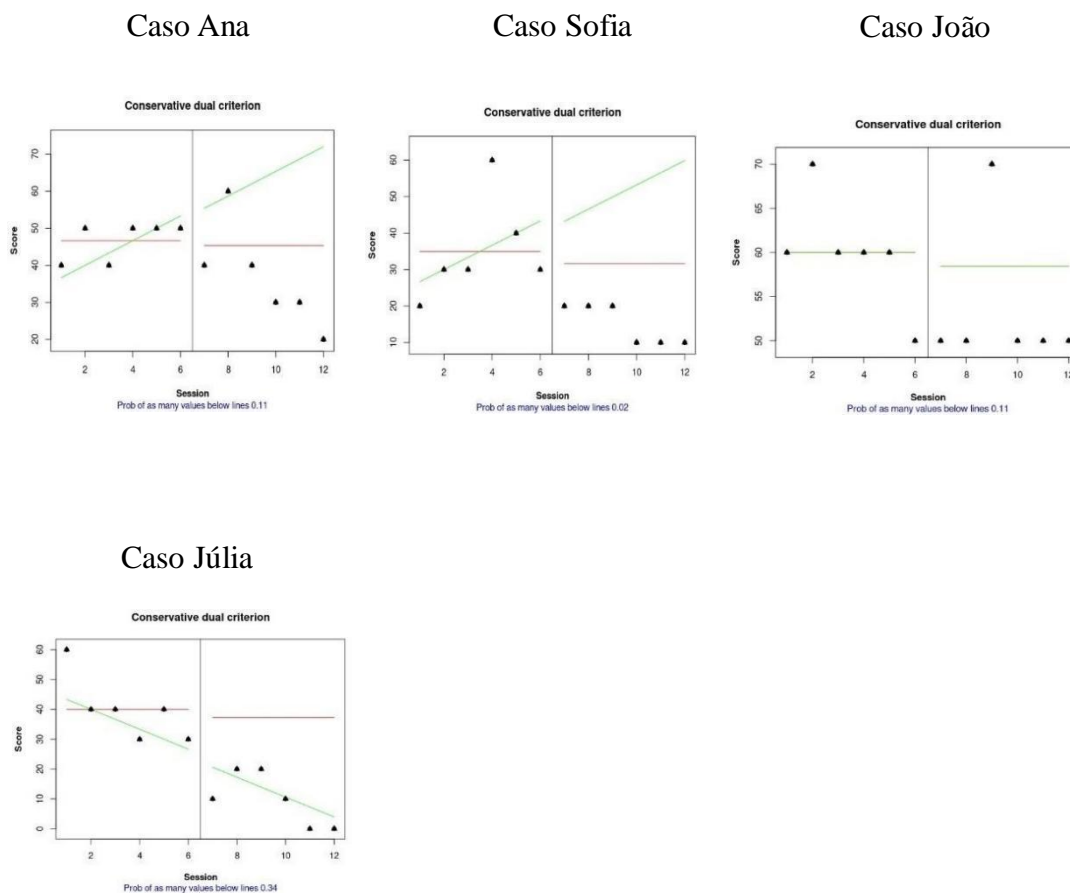
Na **Figura 2.** é possível observar os gráficos do índice de estabilidade que representam os níveis de ansiedade em percentagem na fase A e na fase B que se encontram dentro dos intervalos de tendência de estabilidade. Os níveis de ansiedade esperada dos participantes encontram-se em maior percentagem dentro dos intervalos de estabilidade na Fase A do que na fase B, com exceção do caso de Sofia que apresenta a mesma percentagem dentro dos intervalos de tendência de estabilidade na fase A e na fase B.

Figura 3. Análise visual do Efeito Imediato de ansiedade esperada



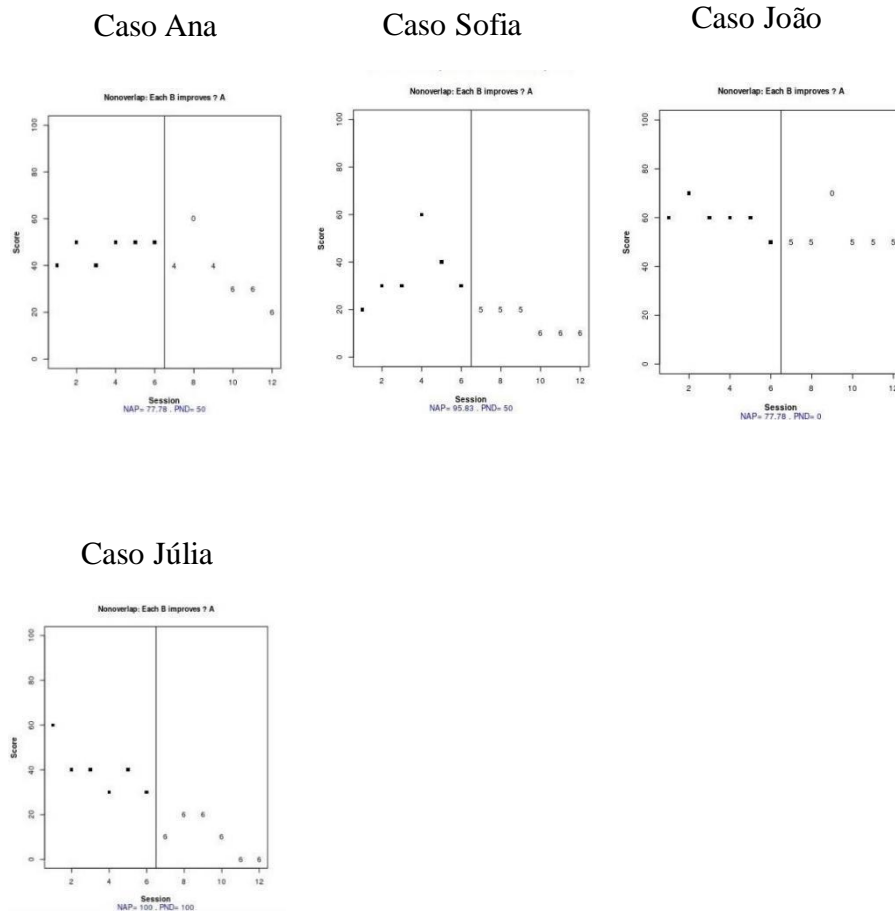
Na **Figura 3** apresentam-se os gráficos *Immediate effect: Comparing predictions* que representam o efeito imediato da mudança de ansiedade da fase A para a fase B. Em todos os participantes há um efeito imediato negativo, o que indica um decréscimo após a intervenção. No caso de Júlia o efeito imediato é positivo, o que reflete um aumento imediato de A para B após a intervenção da ansiedade esperada. Segundo os gráficos *Immediate effect: First 3 B – Last 3 A* em todos os participantes os resultados sugerem a diminuição média imediata dos níveis de ansiedade após o efeito da intervenção. No caso de João não há diferença entre a média dos primeiros três valores da fase B e a média dos últimos três valores da fase A.

Figura 4. Análise visual do efeito de intervenção na ansiedade esperada



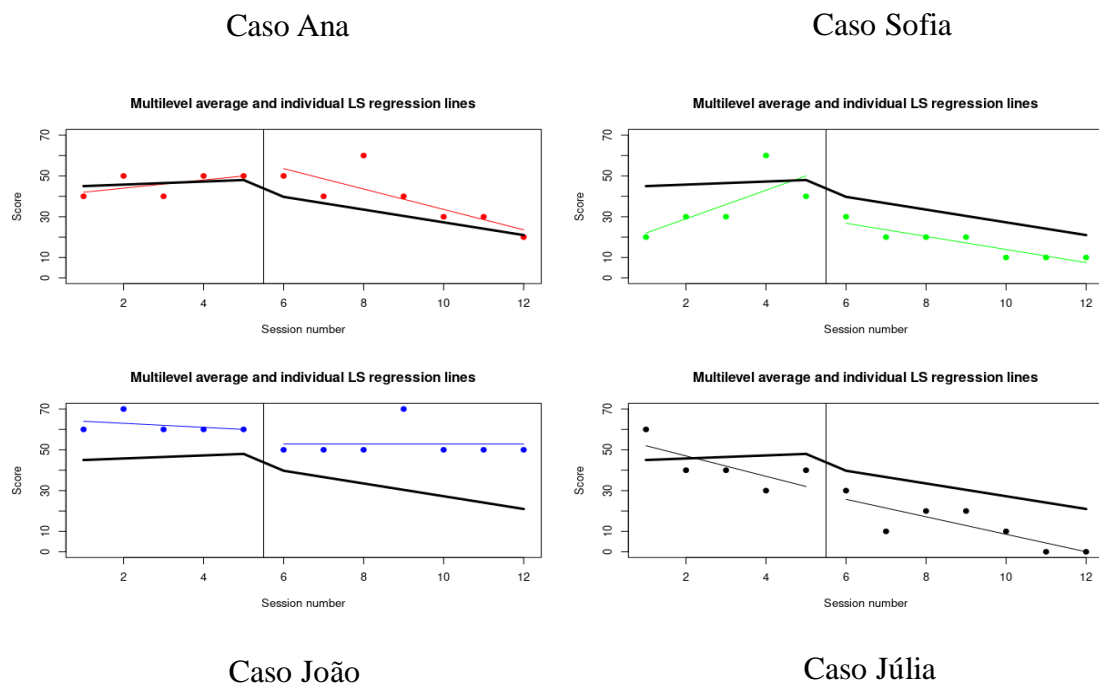
Na **Figura 4** é possível observar os gráficos *Conservative dual criterion* que representam a probabilidade dos valores da fase B serem influenciados pela ocorrência do efeito da intervenção, sendo que a linha verde representa a tendência e linha vermelha o efeito real nos valores. No caso de Ana e João a probabilidade de os resultados da fase B derivem do efeito de intervenção é de 89%. Os casos de Sofia e Júlia sugerem que existe uma probabilidade de 98% e 66%, respetivamente.

Figura 5. Análise visual do Índice de Sobreposição da ansiedade esperada



Na **Figura 5** é possível observar o gráfico *Nonoverlap:Each B improves A* que representa a percentagem das comparações entre pares (cada ponto de A comparado com cada ponto de B) que se encontram sobrepostos (NAP) e a percentagem de valores da fase B que se encontram acima do valor máximo de ansiedade esperada na fase A (PND). Os resultados sugerem que a maioria dos valores de ansiedade esperada de todos os participantes não se encontram sobrepostos na comparação entre pares das duas fases. Somente Júlia apresenta a totalidade dos valores de ansiedade da fase B abaixo do valor máximo da fase A, enquanto Ana e Sofia apresentam metade dos valores e João apresenta valores de ansiedade na fase B acima do valor máximo da fase A.

Figura 6. Análise visual da Consistência da ansiedade esperada



Na **Figura 6** estão representados os gráficos *Multinível average and individual LS regression lines* que desenharam a comparação das linhas individuais multinível de cada participante com a linha do promédio total (preta). Somente no caso de Ana (linha vermelha) na fase A existe consistência dos valores de ansiedade. Nas restantes fases A dos outros participantes não há consistência dos valores de ansiedade esperada. Na fase B no caso de Ana, Sofia e Júlia há consistência dos valores. No caso de João a linha individual multinível dos valores de ansiedade mostra que não há consistência dos valores na fase B.

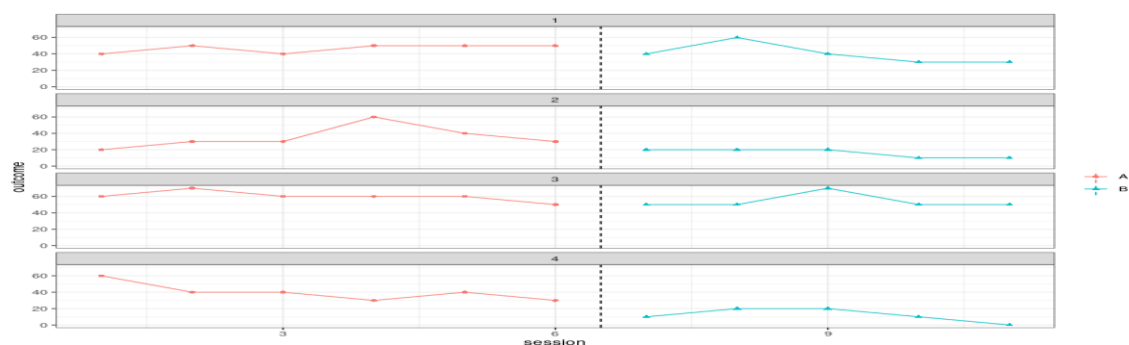
7.2.1.2. Resultados das Análises Estatísticas da Ansiedade Esperada

Os participantes experienciaram níveis máximo de ansiedade esperada significativamente diferentes durante as sessões (AB-SMD=-1.66, DP=0.47; IC95% [0.75, 2.27]), tendo sido a ansiedade máxima esperada experimentada pelos mesmos

significativamente inferior na fase pós-intervenção, relativamente à *baseline*, e esta diminuição da ansiedade parece ter resultado do efeito elevado da intervenção realizada (AB-NAP=0.86; SD=0.07; 95%IC[0.67;0.94], índice AB-TAU-U de 0.67.

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é moderada e estatisticamente significativa no momento AB -0.6743, DP=0.35, IC95%[-1.52; -0.17], o que indica que os participantes experimentaram níveis de ansiedade esperada significativamente diferentes antes das sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito moderado e que contribuiu para a diminuição da ansiedade máxima experimentada pelos participantes da fase A para a fase B, sugerindo diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar a ansiedade antes das sessões, como é possível observar na **Figura 7**.

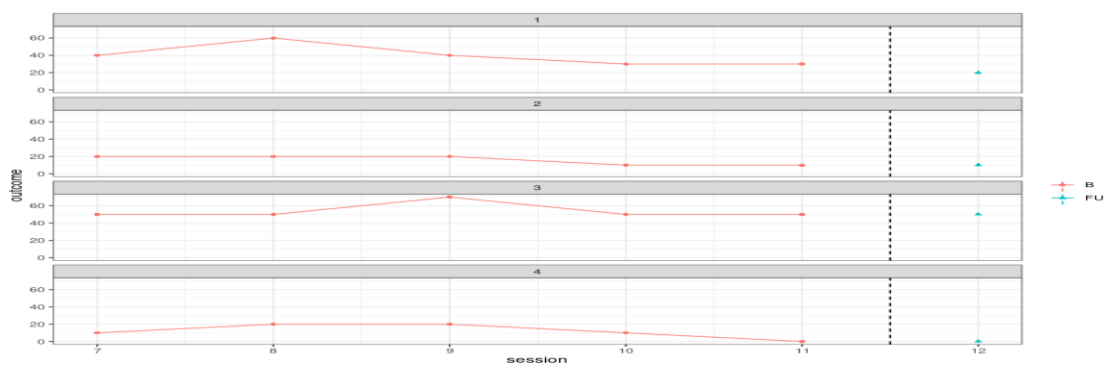
Figura 7. Análise estatística entre grupos da ansiedade esperada (Fase AB)



A ansiedade máxima experienciada pelos participantes durante a sessão diminuiu significativamente na fase de follow-up relativamente à fase de pós-intervenção (BFU-SMD=-0.29, DP=0.56; IC95% [-1.38; 0.81]) e estes efeitos moderados parecem ter sido devido à intervenção (BFU-NAP=0.66; DP=0.18; IC95% [0.36,0.87]), índice BFU-TAU-U= -0.38.

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é baixa e não há evidência significativamente estatística na fase Follow-up BFU -0.2472 , $DP=0.28$, $IC95\%[-1.03; 0.53]$, o que indica que os participantes experimentaram níveis de ansiedade pouco diferentes antes das sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito pouco significativo para a diminuição da ansiedade máxima experimentada pelos participantes da fase B para a fase FU, sugerindo poucas diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar a ansiedade antes das sessões, como é possível observar na **Figura 8**.

Figura 8. Análise entre grupos do nível máximo de ansiedade esperada (Fase BFU)

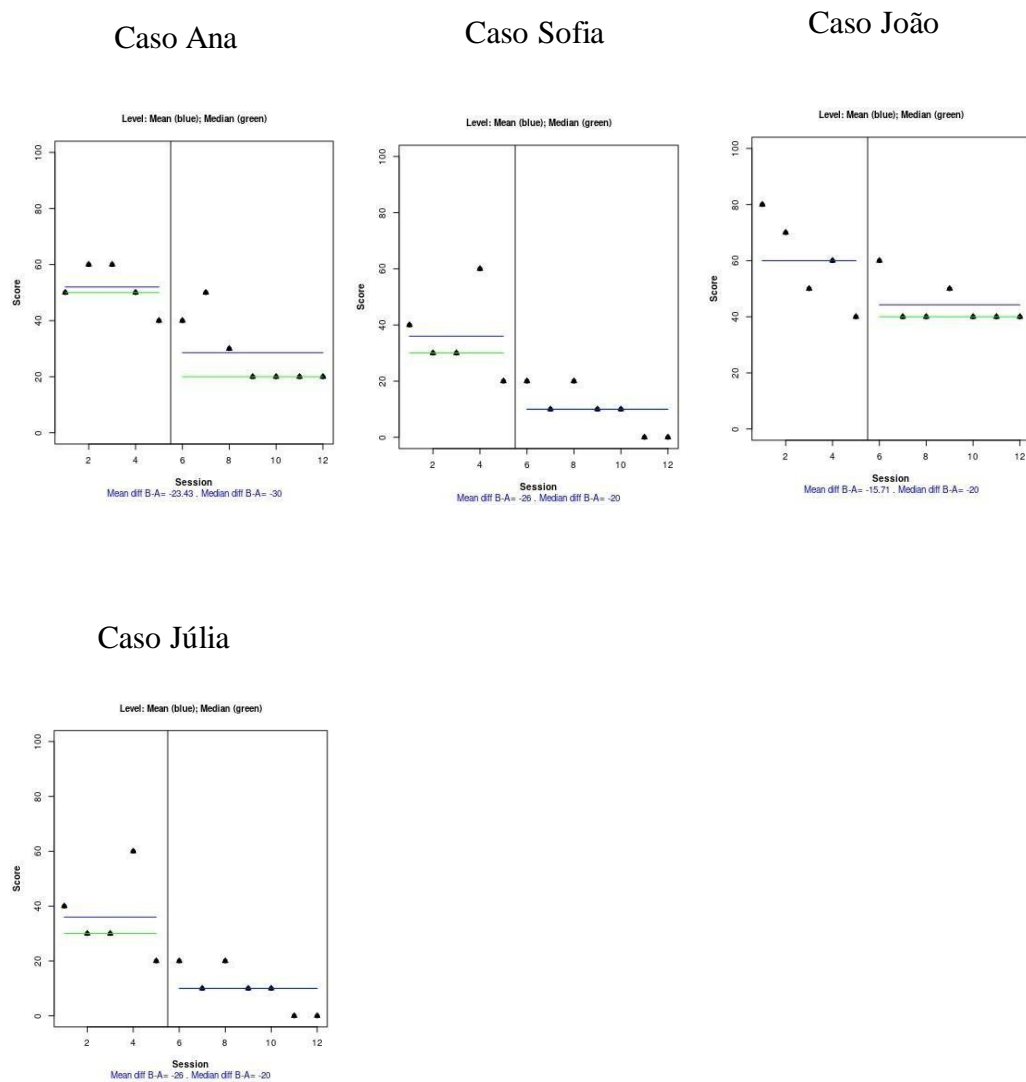


7.2.2 Ansiedade durante as sessões

Os resultados da análise dos gráficos de nível sugerem a diminuição dos níveis de ansiedade máxima experimentada durante as sessões após a intervenção: Média Ana ($M_{pré}=52.0$, $DP=7.67$) e ($M_{pós}=28.57$, $DP=11.14$), média Sofia ($M_{pré}=36.00$, $DP=13.09$) e ($M_{pós}=10.00$, $DP=7.48$), média João ($M_{pré}=60.00$, $DP=14.49$) e ($M_{pós}=44.29$, $DP=7.21$) e média Júlia ($M_{pré}=40.00$, $DP=12.96$) e ($M_{pós}=10.00$, $DP=9.17$).

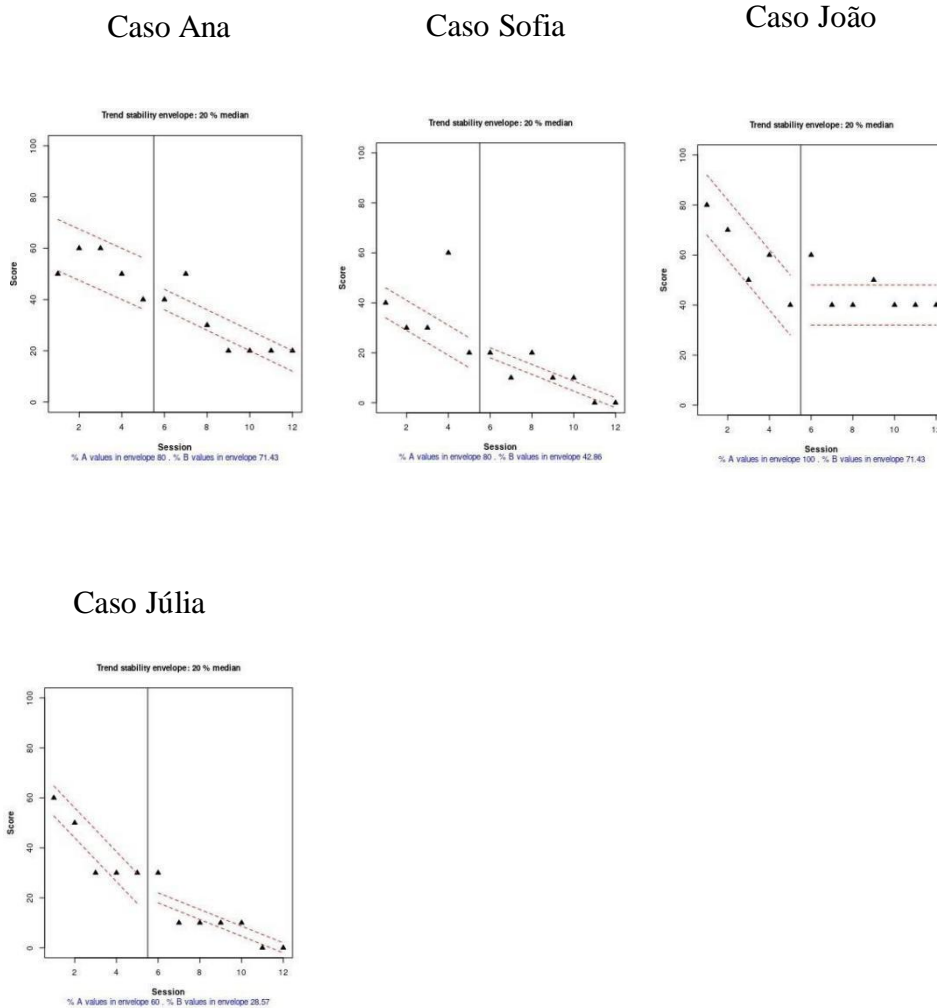
7.2.2.1. Inspeção Visual da Ansiedade durante as sessões

Figura 9. Análise visual dos gráficos dos níveis de ansiedade durante as sessões



Na **Figura 9** é possível observar os gráficos dos níveis que representam a diferença entre a média (azul) e a mediana (verde) dos valores de ansiedade durante as sessões da fase B (após a intervenção) e da fase A. As diferenças entre as médias da fase B para fase A de todos os participantes sugerem uma diminuição dos níveis de ansiedade durante após a intervenção.

Figura 10. Análise visual do Índice de Estabilidade da ansiedade durante as sessões

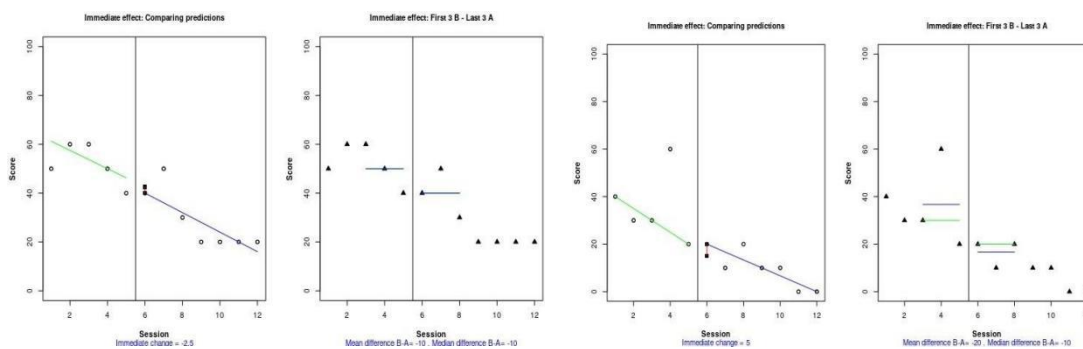


Na **Figura 10** é possível observar os gráficos do índice de estabilidade que representam os níveis de ansiedade em percentagem na fase A e na fase B que se encontram dentro dos intervalos de tendência de estabilidade. Os níveis de ansiedade durante as sessões encontram-se em maior percentagem dentro das linhas da tendência de estabilidade na Fase A do que na fase B em todos os participantes.

Figura 11. Análise visual do efeito imediato da ansiedade durante as sessões

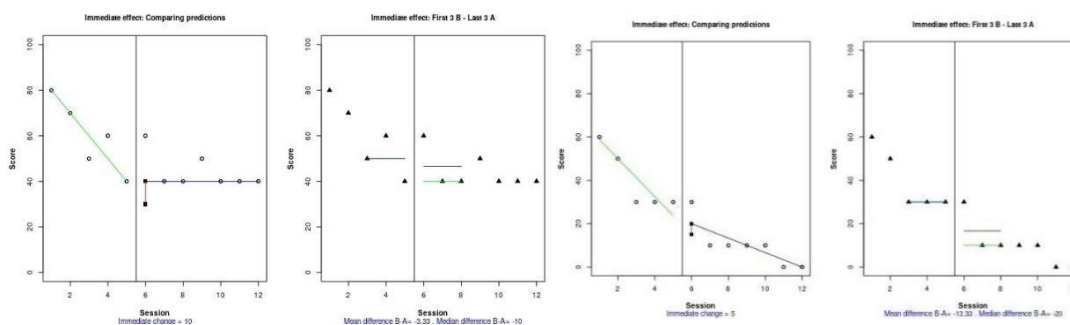
Caso Ana

Caso Sofia



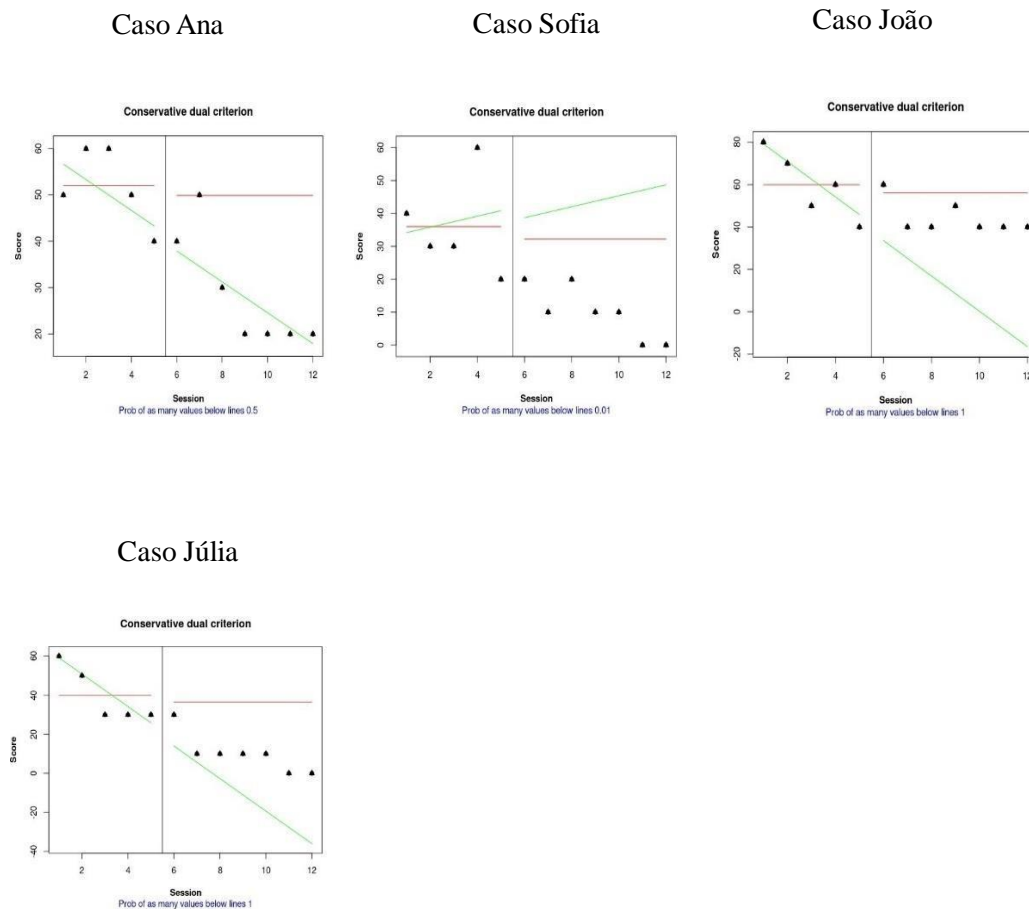
Caso João

Caso Júlia



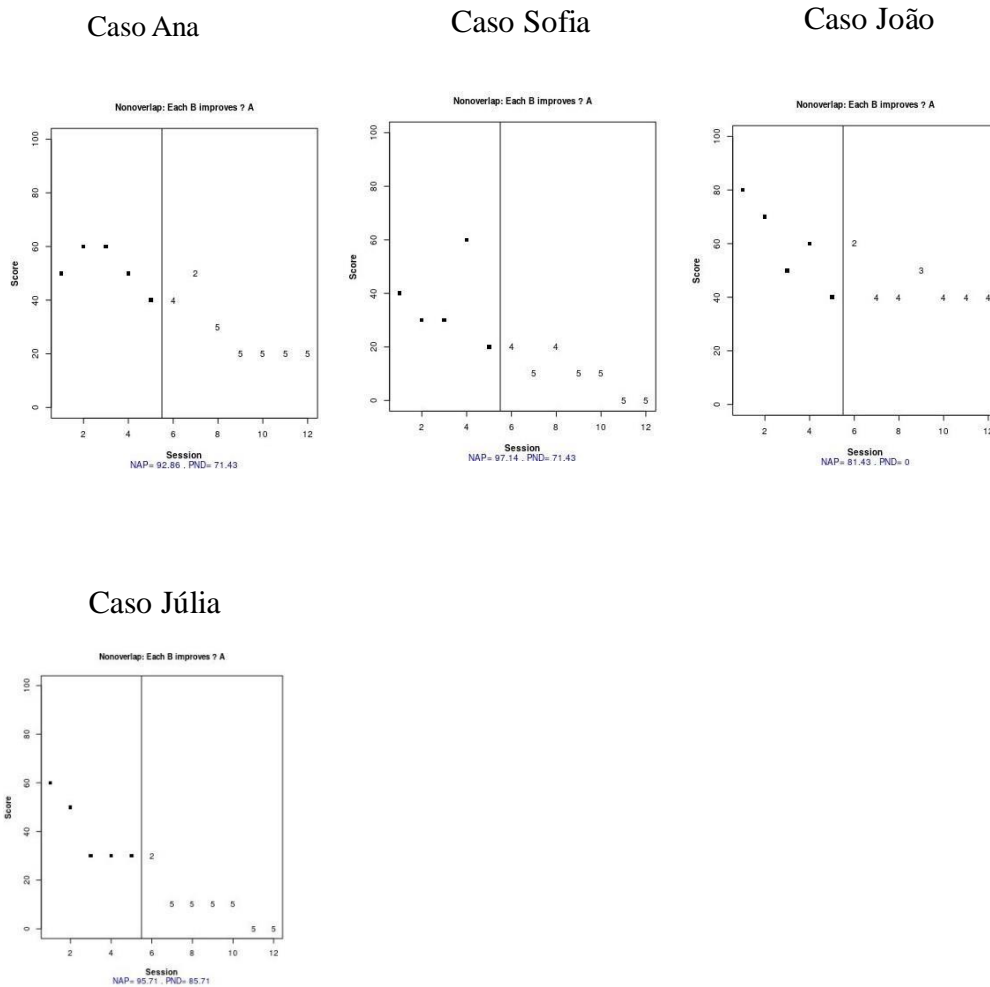
Na **Figura 11** é possível observar os gráficos *Immediate effect: Comparing predictions* que representam o efeito imediato da mudança de ansiedade da fase A para a fase B. Em todos os participantes há uma diminuição imediata no valor predito na transição da fase A para a fase B, o que pode sugerir um impacto inicial do efeito da intervenção favorável. Os gráficos *Immediate effect: First 3 B – Last 3* sugerem a diminuição média imediata dos níveis de ansiedade durante as sessões após ao efeito da intervenção de todos os participantes.

Figura 12. Análise visual do efeito de intervenção na ansiedade durante as sessões



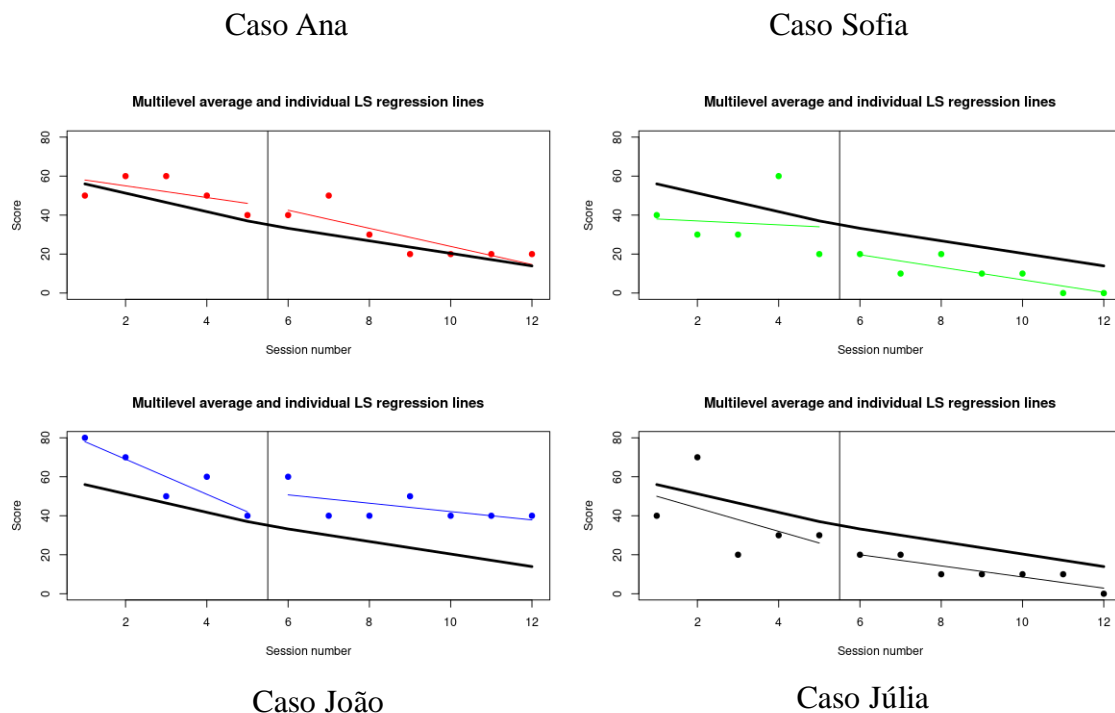
Na **Figura 12** é possível observar os gráficos *Conservative dual criterion* dos níveis de ansiedade durante as sessões que representam a probabilidade dos valores na fase B serem influenciados pela ocorrência do efeito da intervenção. No caso de Ana e Sofia a probabilidade de os resultados da fase B derivarem do efeito de intervenção é de 50% e 99%, respetivamente. Os casos de João e Júlia sugerem que existe uma probabilidade de 0% de que os resultados da fase B derivem da intervenção realizada.

Figura 13. Análise visual do Índice de Sobreposição da ansiedade durante as sessões



Na **Figura 13** é possível os gráficos *Nonoverlap:Each B improves A* que representam a percentagem das comparações entre pares (cada ponto de A comparado com cada ponto de B) que se encontram sobrepostos. Os resultados sugerem que a maioria dos valores de ansiedade de todos os participantes não se encontram sobrepostos em comparação entre pares das duas fases, o que sugere um efeito eficaz da intervenção. Ana, Sofia e Júlia apresentam a maioria dos valores de ansiedade da fase B abaixo do valor máximo da fase A. No caso de João existem valores de ansiedade durante as sessões na fase B que se encontrem acima do valor máximo da fase A.

Figura 14. *Análise Visual da Consistência da ansiedade durante as sessões*



Na **Figura 14** estão representados 4 gráficos *Multinivel average and individual LS regression lines* correspondente a cada participante em comparação com a linha do promédio total, que indica o nível de consistência dos valores da ansiedade durante as sessões. O caso de Ana (linha vermelha) tanto na fase A como na fase B há consistência dos valores visto que acompanham o decréscimo da reta de promédio total. No caso de Sofia (linha verde) e João (linha azul) não há consistência na fase A. Na fase B de Sofia, João e Júlia as linhas individuais acompanham paralelamente a reta do promédio total da consistência, o que sugere a consistência dos valores de ansiedade durante as sessões nessa fase.

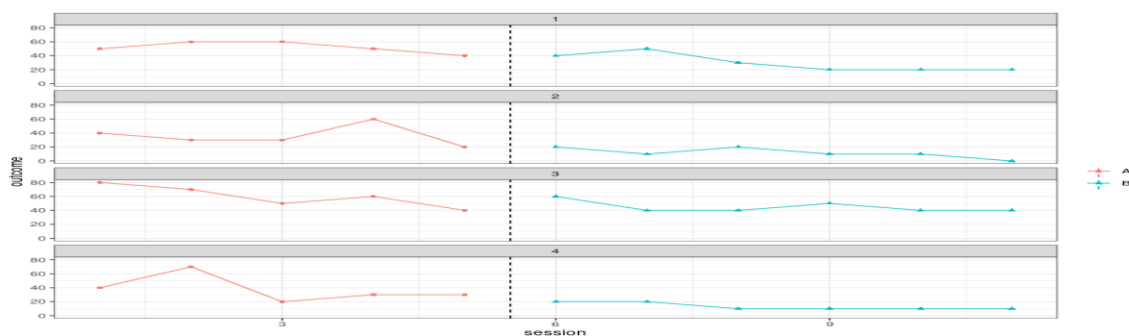
7.2.2.2 Resultados das Análises Estatísticas da Ansiedade Durante as Sessões

Os participantes experienciaram níveis máximo de ansiedade significativamente diferentes durante as sessões (AB-SMD=-0.62, DP=0.15; IC95%[-0.92, -0.33], tendo sido a ansiedade máxima experimentada pelos mesmos significativamente inferior na fase pós-intervenção, relativamente à *baseline*, e esta diminuição da ansiedade parece ter resultado do efeito elevado da intervenção realizada (AB-NAP=0.82; SD=0.06; 95%IC[0.66;0.91], índice AB-TAU-U de 0.57.

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é elevada e estatisticamente significativa no momento AB -1.1136, DP=0.38, IC95%[-1.99; -0.23], o que indica que os participantes experimentaram níveis de ansiedade significativamente diferentes durante as sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito elevado e que contribuiu para a diminuição da ansiedade máxima experimentada pelos participantes da fase A para a fase B, sugerindo diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar a ansiedade durante as sessões, como é possível observar na

Figura 15.

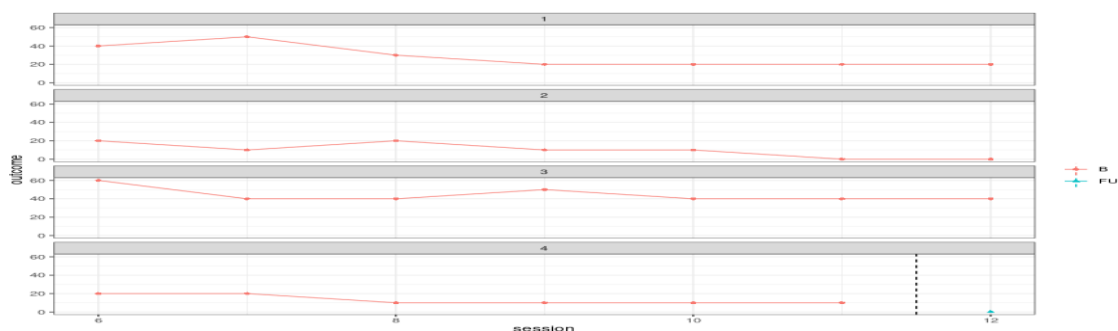
Figura 15. Análise entre grupos do nível máximo de ansiedade experimentado pelos participantes durante as sessões (AB)



A ansiedade máxima experienciada pelos participantes durante a sessão diminuiu significativamente na fase de follow-up relativamente à fase de pós-intervenção (BFU-SMD=0.64, DP=0.61; IC95% [-0.57; 1.84]) e este efeito moderado parece ter sido devidos à intervenção realizada (BFU-NAP=0.68; DP=0.19; IC95% [0.38,0.88, índice BFU-TAU-U= -0.17.

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é moderado mas não é estatisticamente significativa no momento BFU -0.3631, DP=0.36, IC95%[-1.24; 0.51], o que indica que os participantes não experimentaram níveis de ansiedade significativamente diferentes durante as sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito moderado que contribuiu para a diminuição da ansiedade máxima experimentada pelos participantes da fase B para a fase FU, mas não sugere diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar o grau de crença após as sessões, como é possível observar na **Figura 16**.

Figura 16. *Análise entre grupos do nível máximo de ansiedade experimentado pelos participantes durante as sessões (BFU)*



7.3 Efeito da intervenção na crença “vão todos olhar para mim”

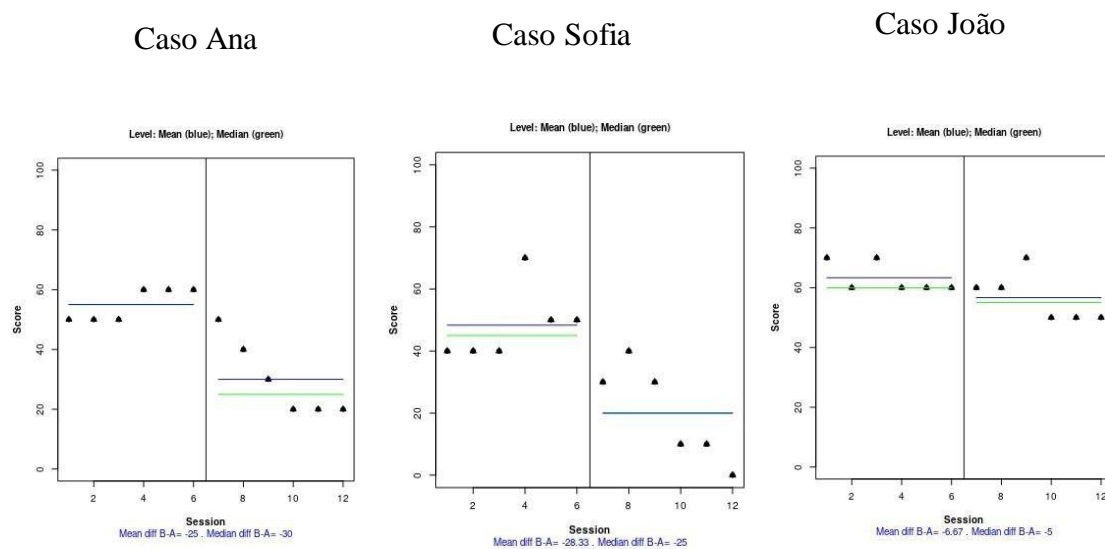
Neste ponto foi analisado o efeito da intervenção sobre a crença “vão todos olhar para mim”(tanto antes das sessões como a experimentada durante as sessões).

7.3.1 Crença Antes das Sessões

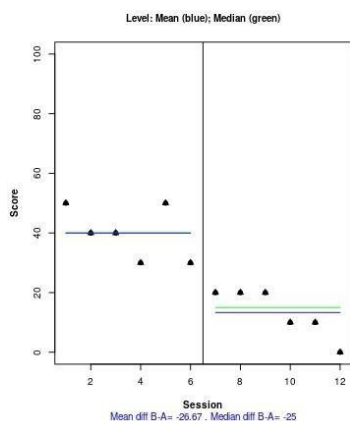
Os resultados da análise dos níveis de grau de crença antes das sessões sugerem a diminuição dos níveis após a intervenção: Média Ana ($M_{\text{pré}}=55.00$, $DP=5.02$) e ($M_{\text{pós}}=30.00$, $DP=11.6$), média Sofia ($M_{\text{pré}}=48.33$, $DP=10.72$) e ($M_{\text{pós}}=20.0$, $DP=14.2$), média João ($M_{\text{pré}}=63.33$, $DP=4.73$) e ($M_{\text{pós}}=56.67$, $DP=7.48$) e média Júlia ($M_{\text{pré}}=40.00$, $DP=8.2$) e ($M_{\text{pós}}=13.33$, $DP=7.48$).

7.3.1.1. Inspeção Visual da Crença “vão todos olhar para mim”

Figura 17. Análise Visua dos gráficos dos níveis grau de crença antes das sessões



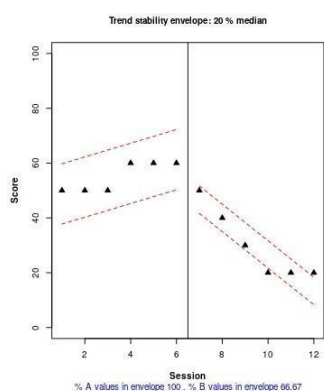
Caso Júlia



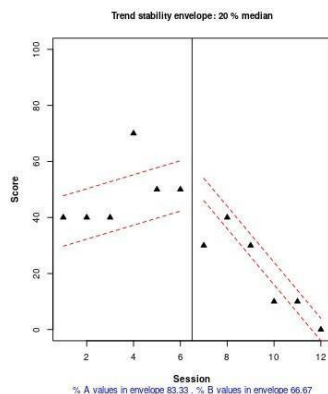
É possível observar os gráficos dos níveis que representam a diferença entre a média (azul) e a mediana (verde) dos valores de grau de crença antes das sessões da fase B (após a intervenção) e da fase A. As diferenças entre as médias das fase B para fase A de todos os participantes sugere uma diminuição dos níveis de grau de crença antes das sessões após a intervenção (**Figura 17**).

Figura 18. *Análise Visual do índice de estabilidade do grau de crença antes das sessões*

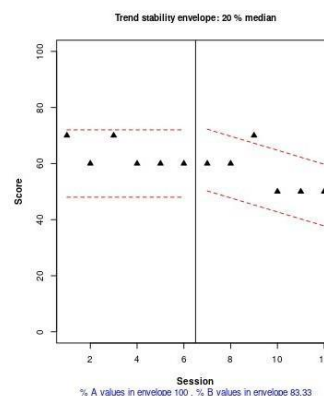
Caso Ana



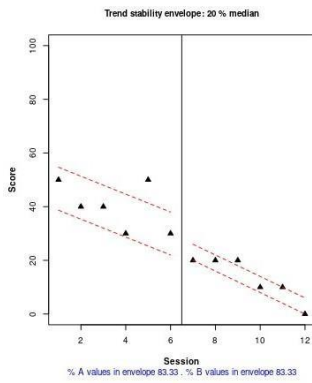
Caso Sofia



Caso João



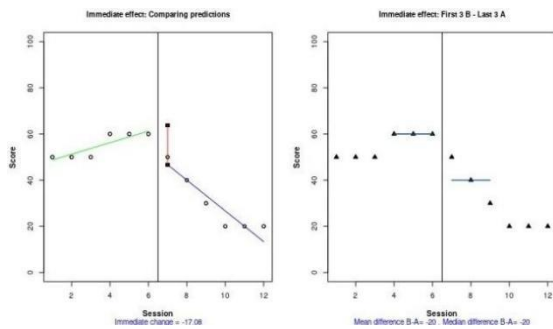
Caso Júlia



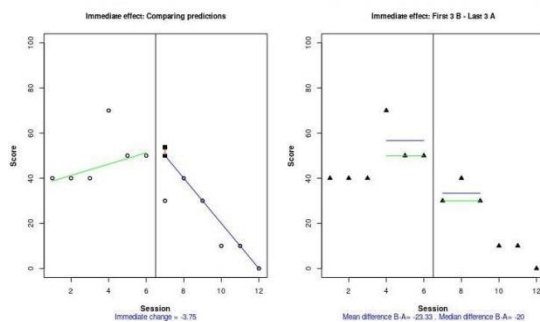
Os gráficos *Trend stability envelope:20% median* representam os níveis de grau de crença em porcentagem na fase A e na fase B que se encontram dentro dos intervalos de tendência de estabilidade. Os níveis de grau de crença antes das sessões dos participantes encontram-se em maior porcentagem dentro dos intervalos de tendência de estabilidade na Fase A no caso de todos os participantes do que na fase B (**Figura 18**).

Figura 19. Análise Visual do Efeito Imediato de grau de crença antes das sessões

Caso Ana

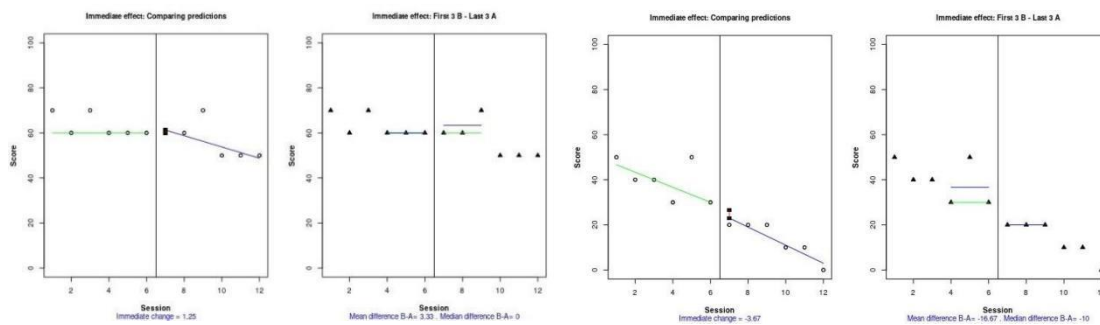


Caso Sofia



Caso João

Caso Júlia



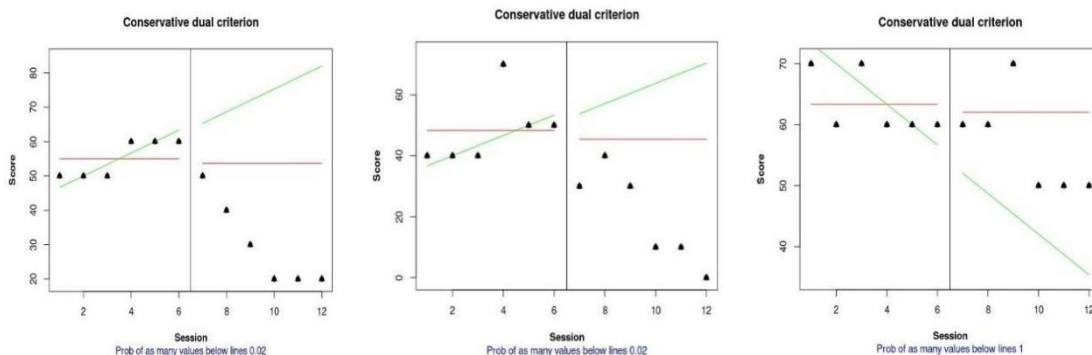
Na **Figura 19** é possível observar os gráficos *Immediate effect: Comparing predictions* que representam o efeito imediato da mudança de grau de crença da fase A para a fase B,. Todos os participantes experimentaram uma mudança imediata negativa. No caso de João o efeito imediato é positivo, o que reflete um aumento imediato de A para B, o que indica um efeito de intervenção desfavorável. Os gráficos *Immediate effect: First 3 B – Last 3* o sugerem a diminuição média imediata dos níveis de grau de crença após o efeito da intervenção em todos os participantes, com exceção do caso de João em que há o gráfico um aumento entre a média dos primeiros três pontos da fase B e a média dos últimos três pontos da fase A.

Figura 20. *Análise Visual do efeito de intervenção do grau de crença antes das sessões*

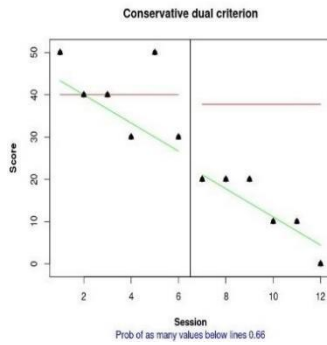
Caso Ana

Caso Sofia

Caso João

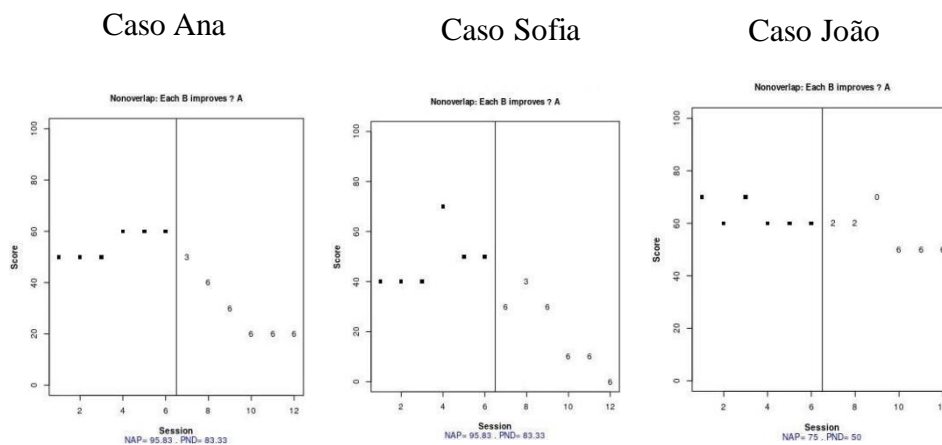


Caso Júlia

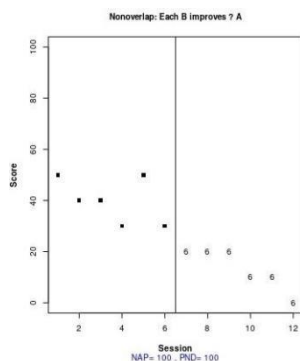


Os gráficos *Conservative dual criterion* dos níveis de grau de crença antes das sessões representam a probabilidade dos valores na fase B serem influenciados pela ocorrência do efeito da intervenção. No caso de Ana e Sofia a probabilidade de os resultados da fase B derivem do efeito de intervenção é de 89%. O casos de João e Júlia sugerem que existe uma probabilidade de 0% e 34%, respectivamente, de que os resultados da fase B derivem da intervenção realizada nos níveis de grau de crença antes das sessões (Figura 20).

Figura 21. Análise Visual do Índice de sobreposição do grau de crença antes das sessões

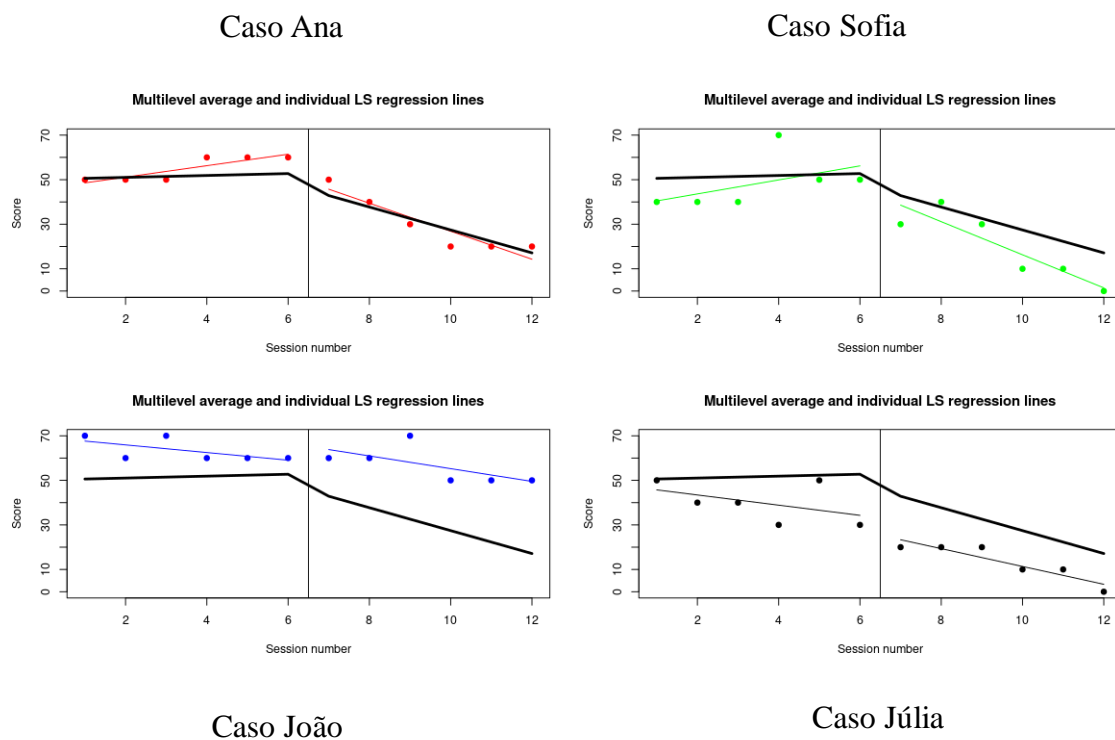


Caso Júlia



Na **Figura 21** é possível os gráficos *Nonoverlap:Each B improves A* que representam a percentagem das comparações entre pares (cada ponto de A comparado com cada ponto de B) que se encontram sobrepostos (NAP) e a percentagem de valores da fase B que se encontram acima do valor máximo de ansiedade antes das sessões na fase A (PDN). Os resultados sugerem que a maioria dos valores de grau de crença de todos os participantes não se encontram sobrepostos na comparação entre pares das duas fases, com exceção de Júlia que apresenta a totalidade dos valores de grau de crença antes das sessões da fase B acima do valor máximo da fase A. Enquanto Ana e Sofia apresentam menos de metade dos valores, no caso de João apresenta metade dos valores de grau de crença antes das sessões na fase B acima do valor máximo da fase A.

Figura 22. Análise Visual da Consistência do grau de crença antes das sessões



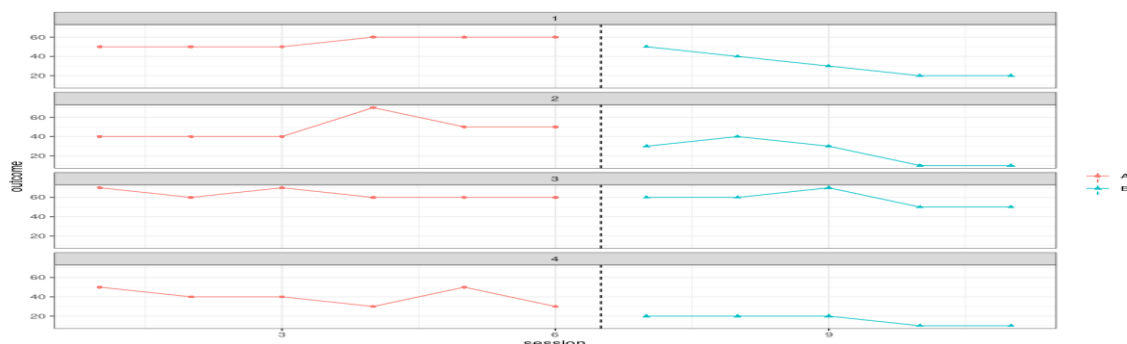
Na **Figura 22** estão representados 4 gráficos *Multinível average and individual LS regression lines* correspondente a cada participante em comparação com a linha do promédio total, que indica o nível de consistência dos valores de grau de crença antes das sessões. Somente no caso de Ana (linha vermelha) na fase A e B os valores da grau de crença apresentam consistência dos valores. Na fase B no caso de João (linha azul) e Júlia(linha preta) apresentam os valores acompanham paralelamente o decréscimo do promédio total, o que indica consistência dos valores. Na fase A no caso de João e Júlia e na fase A e B no caso de Sofia os valores de grau de crença não acompanham a linha do promédio total da consistência, o que sugere ausência de consistência dos valores nestas fases.

7.3.1.2. Análises Estatísticas do grau de crença antes das sessões

Os participantes experienciaram níveis máximo de ansiedade significativamente diferentes durante as sessões (AB-SMD=1.59, DP=0.46; IC95% [0.68, 2.49], tendo sido a ansiedade máxima experimentada pelos mesmos significativamente inferior na fase pós-intervenção, relativamente à baseline, e esta diminuição de grau de crença parece ter resultado do efeito elevado de intervenção realizada (AB-NAP=0.79; SD=0.07; 95%IC[0.62;0.89], índice AB-TAU-U de 0.49.

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é elevada e estatisticamente significativa no momento AB -0.8484, DP=0.39, IC95% [-1.79; -0.09], o que indica que os participantes experimentaram níveis de grau de crença significativamente diferentes antes das sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito elevado e que contribuiu para a diminuição do grau de crença máximo experimentado pelos participantes da fase A para a fase B, sugerindo diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar o grau de crença antes das sessões, como é possível observar na **Figura 23.**~

Figura 23. Análise entre grupos do grau de crença antes das sessões

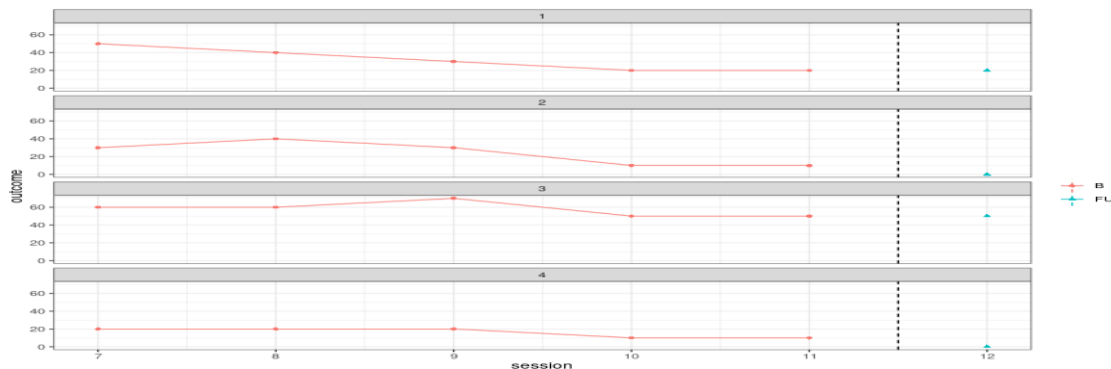


O grau de crença máximo experienciado pelos participantes durante a sessão aumentou mas não significativamente na fase de follow-up relativamente à fase de pós-

intervenção (BFU-SMD=0.76, DP=0.65; IC95% [-0.51; 2.03]) e estes efeitos parecem ter sido devidos à intervenção realizada de forma moderada (BFU-NAP=0.72; DP=0.19; IC95% [0.41,0.90]), índice BFU-TAU-U= -0.03.

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é baixa mas não é estatisticamente significativa na fase Follow-up BFU -0.2128, DP=0.25, IC95% [-0.88; 0.46], o que indica que os participantes não experimentaram níveis de grau de crença significativamente diferentes antes das sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito baixo mas que contribuiu para a diminuição do grau de crença máximo experimentado pelos participantes da fase B para a fase FU, não sugerindo diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar o grau de crença após as sessões, como é possível observar na **Figura 24**.

Figura 24. Análise entre grupos do nível máximo de ansiedade experimentado pelos participantes durante as sessões (BFU)



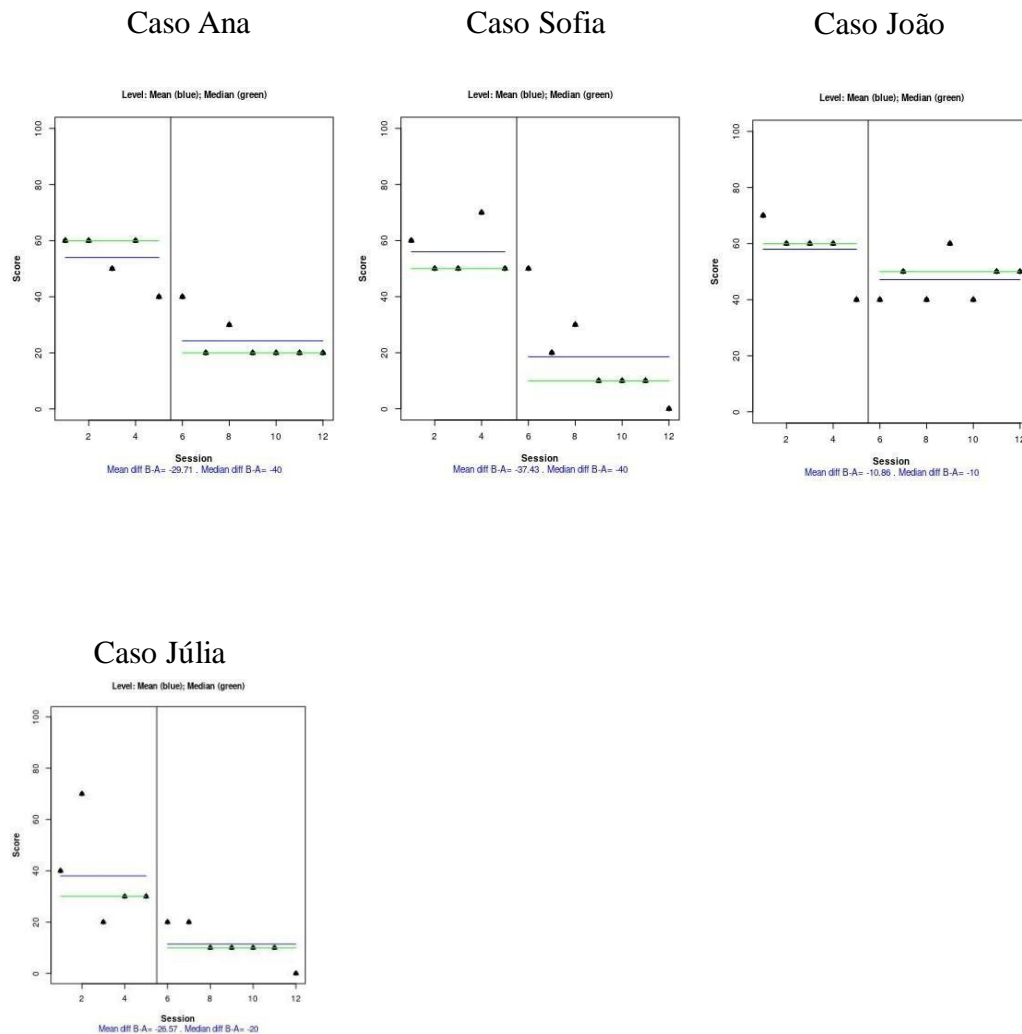
7.3.2 Crença durante as sessões

Os resultados da análise dos níveis de grau crença durante as sessões sugerem a diminuição dos níveis após a intervenção: Média Ana ($M_{pré}=54.0$, $DP=8.2$) e ($M_{pós}=24.29$, $DP=7.21$), média Sofia ($M_{pré}=56.00$, $DP=8.2$) e ($M_{pós}=18.57$,

DP=15.36), média João ($M_{pré}=58.00$, DP=10.04) e ($M_{pós}=47.14$, DP=6.93) e média Júlia ($M_{pré}=38.00$, DP=17.63) e ($M_{pós}=11.43$, DP=6.33).

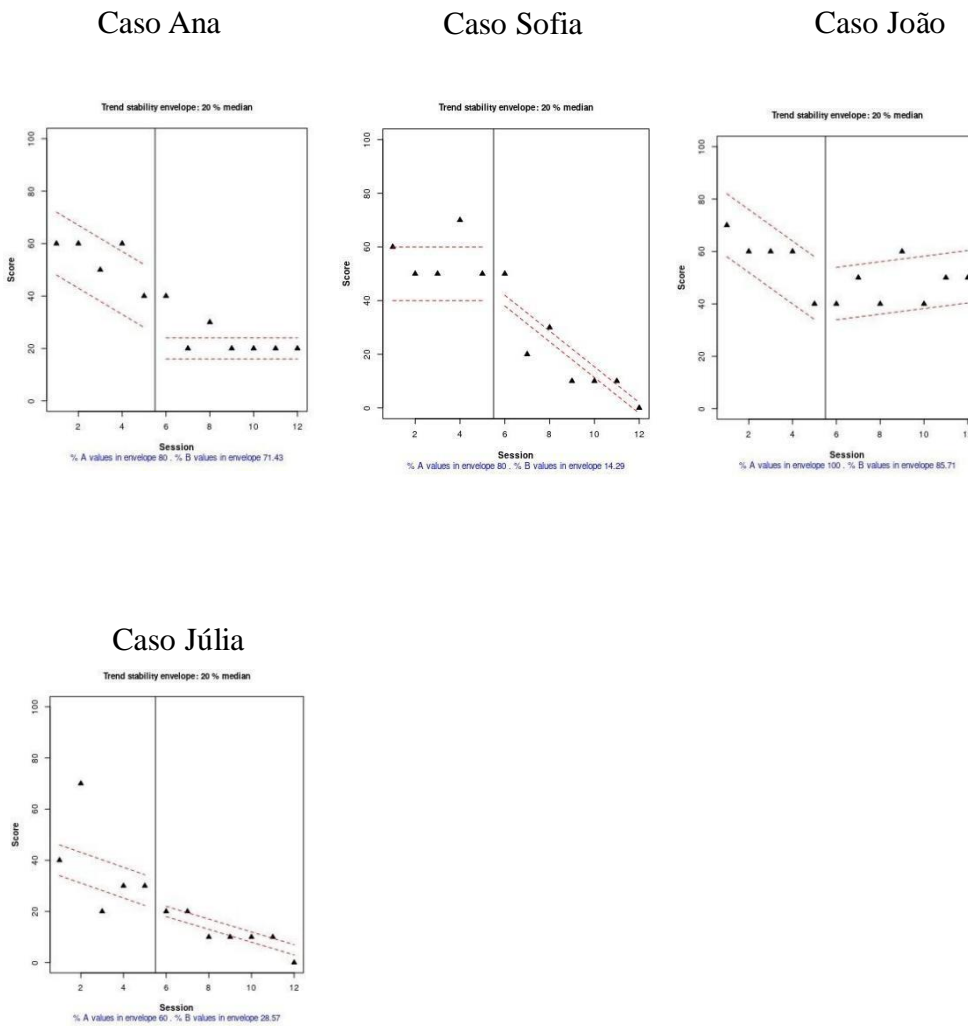
7.3.2.1 Inspeção Visual da Crença “vão todos olhar para mim”

Imagem 25. Análise Visual dos gráficos dos níveis Grau de crença durante as sessões



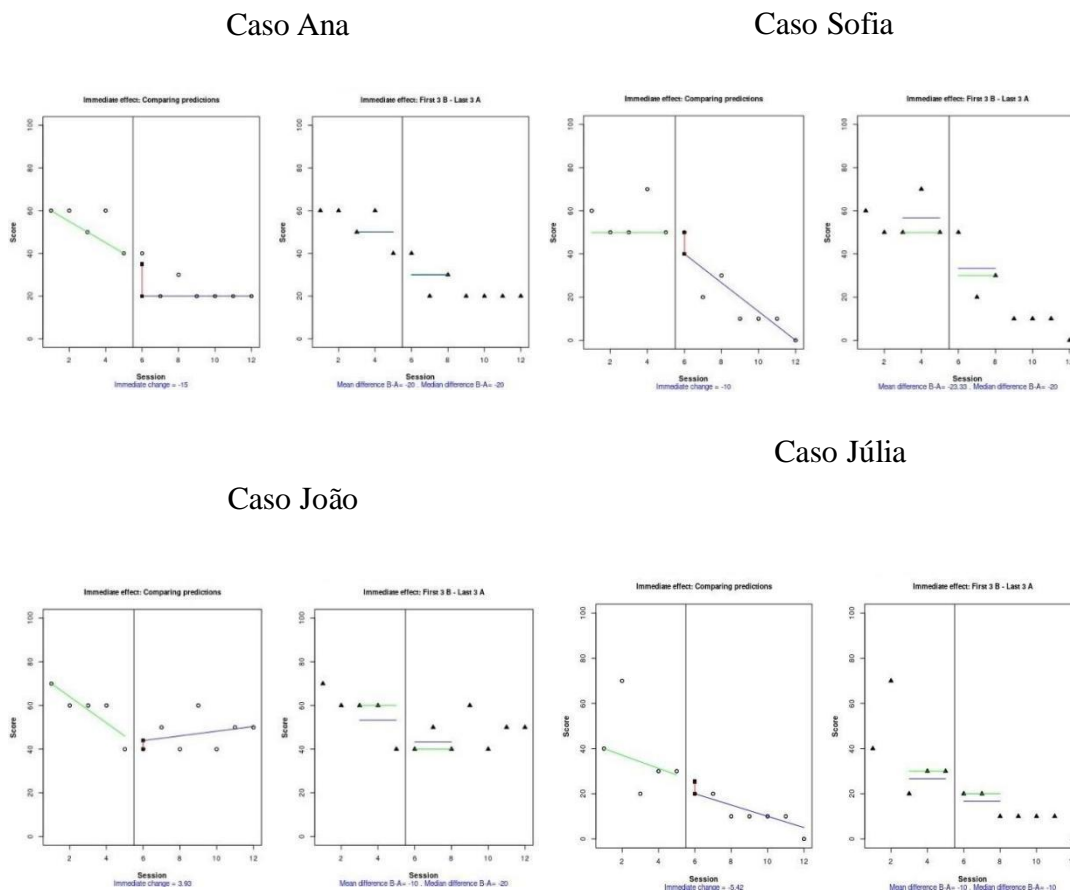
Na **Figura 25** é possível observar os gráficos dos níveis que representam a diferença entre a média (azul) e da mediana (verde) dos valores de grau de crença durante as sessões da fase B (após a intervenção) e da fase A. As diferenças entre as médias das fase B para fase A de todos os participantes sugere uma diminuição dos níveis de grau de crença durante as sessões após a intervenção.

Figura 26. Análise Visual do Índice de estabilidade do grau de crença durante as sessões



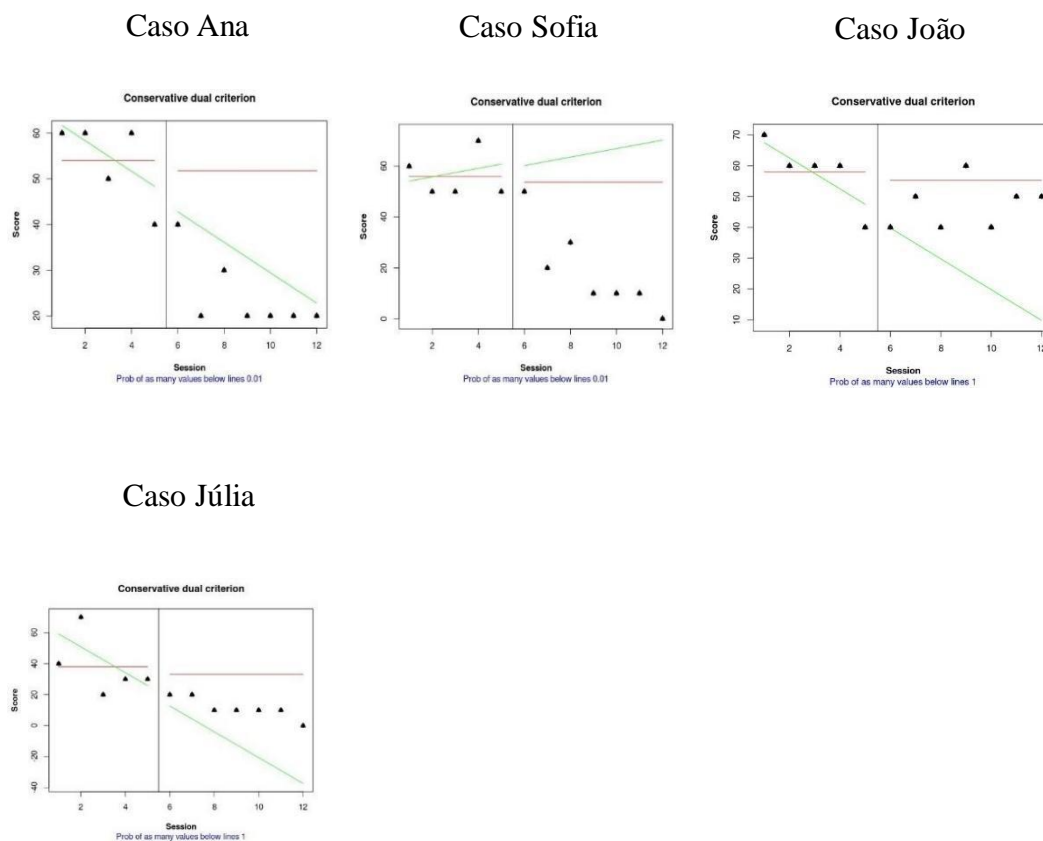
Na **Figura 26** é possível observar os gráficos *Trend stability envelope:20% median* estão representados os níveis de grau de crença em percentagem na fase A e na fase B que se encontram dentro dos intervalos de tendência de estabilidade. Os níveis de grau de crença dos participantes encontram-se em maior percentagem dentro das linhas da tendência de estabilidade na Fase A do que na fase B em todos os participantes.

Figura 27. Análise Visual do Efeito Imediato do grau de crença durante as sessões



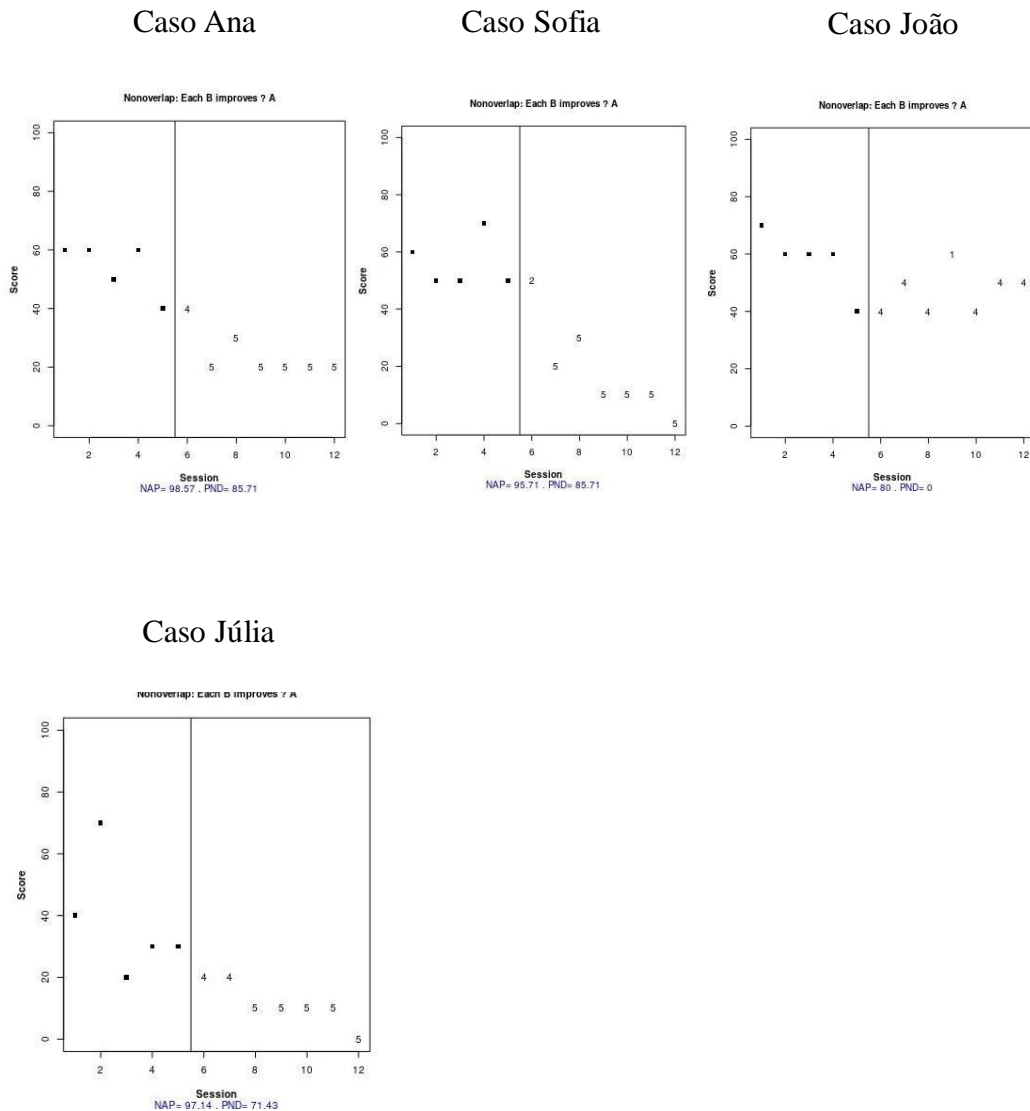
Na **Figura 27** é possível observar os gráficos *Immediate effect: Comparing predictions* que representam o efeito imediato da mudança do grau de crença da fase A para a fase B. Em todos os participantes houve uma mudança imediata negativa do momento A para B, o que pode sugerir um impacto inicial do efeito da intervenção favorável. No caso de João o efeito imediato é positivo, o que indica um efeito de intervenção desfavorável. Os gráficos *Immediate effect: First 3 B – Last 3* sugerem a diminuição média imediata dos níveis de grau de crença após o efeito da intervenção em todos os participantes.

Figura 28. Análise Visual do efeito de intervenção do grau de crença durante as sessões



Na **Figura 28** é possível observar os gráficos *Conservative dual criterion* dos níveis de grau de crença durante as sessões dos participantes ao longo das sessões, que representam a probabilidade dos valores na fase B serem influenciados pela ocorrência do efeito da intervenção. No caso de Ana e Sofia a probabilidade de os resultados da fase B derivem do efeito de intervenção é de 65%. Os casos de João e Júlia sugerem que existe uma probabilidade de 0% de que os resultados da fase B derivem da intervenção realizada nos níveis de grau de crença durante as sessões.

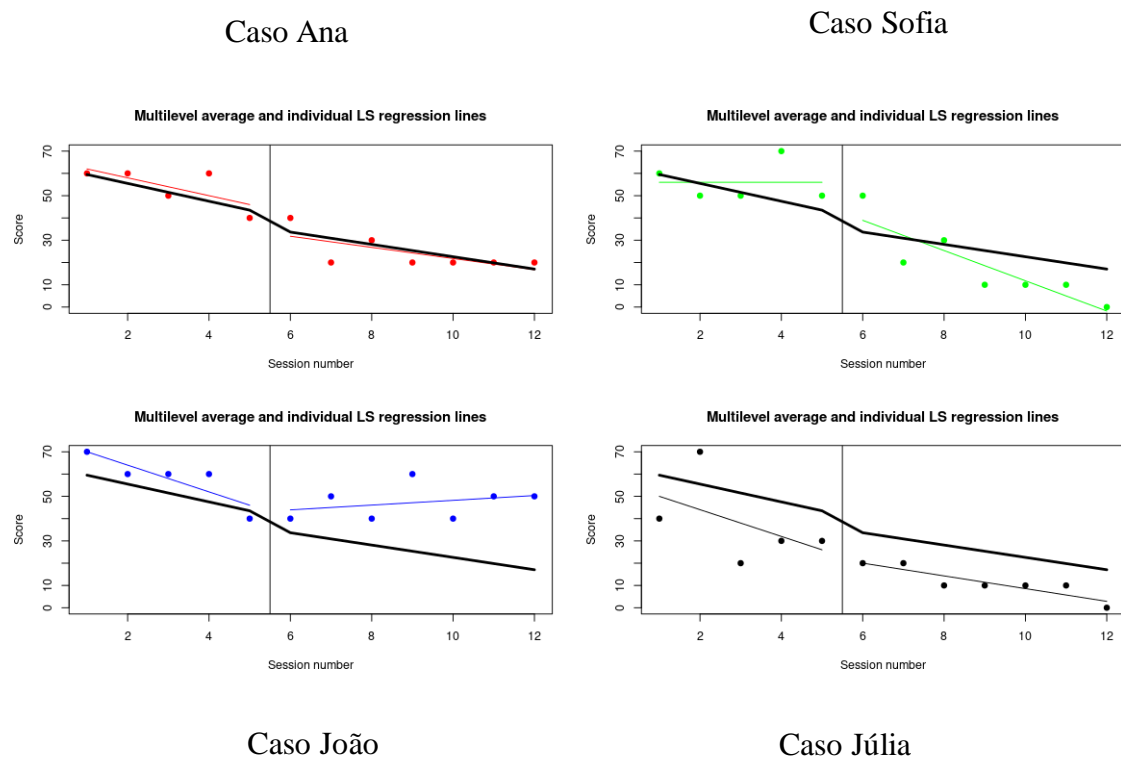
Figura 29. *Análise Visual do Índice de Sobreposição do grau de crença durante as sessões*



Na **Figura 29** é possível observar os gráficos *Nonoverlap:Each B improves A* que representam a percentagem das comparações entre pares (cada ponto de A comparado com cada ponto de B) que se encontram sobrepostos (NAP) e a percentagem de valores da fase B que se encontram acima do valor máximo de grau de crença após as sessões na fase A. Os resultados sugerem que a maioria dos valores de grau de crença de todos os participantes se encontram sobrepostos em comparação entre pares das duas fases. Ana, Sofia e Júlia apresentam uma percentagem elevada de valores de grau de crença da fase

B que se encontram acima do valor máximo da fase A. No caso de João não apresenta valores do grau de crença durante as sessões na fase B que se encontrem acima do valor máximo da fase A.

Figura 30. *Análise Visual da Consistência do grau de crença durante as sessões*



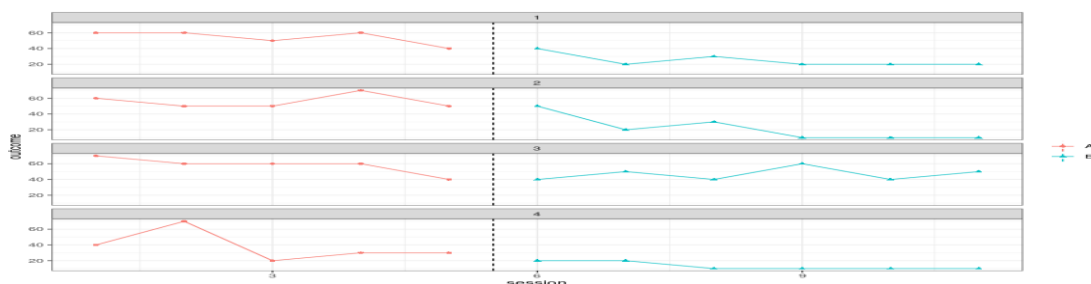
Na **Figura 30** estão representados 4 gráficos *Multinivel average and individual LS regression lines* correspondente a cada participante em comparação com a linha do promédio total, que indica o nível de consistência dos valores de grau de crença após as sessões. O caso de Ana (linha vermelha) tanto na fase A como na fase B há consistência dos valores. No caso de Sofia (linha verde) não há consistência, visto que na fase A e B a linha verde não acompanha o decréscimo da linha do promédio. No caso de João (linha azul) não apresenta consistência em nenhuma das fases. No caso de Júlia há consistência dos valores em ambas as fases.

7.3.2.2 .Análises Estatísticas do grau de crença durante as sessões

Os participantes experienciaram níveis máximo de grau de crença não são significativamente diferentes durante as sessões (AB-SMD=-1.82, DP=0.43; IC95%[-0.98, 2.66], tendo sido o grau de crença máximo experimentado pelos mesmos significativamente inferior na fase pós-intervenção, relativamente à *baseline*, e esta diminuição do grau de crença parece ter resultado do efeito elevado de intervenção realizada (AB-NAP=0.88; SD=0.05; 95%IC[0.73;0.95], índice AB-TAU-U de 0.69.

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é elevada e estatisticamente significativa no momento AB -1.4117, DP=0.41, IC95%[-2.32; -0.50], o que indica que os participantes experimentaram níveis de grau de crença significativamente diferentes durante as sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito elevado e que contribuiu para a diminuição do grau de crença máxima experimentada pelos participantes da fase A para a fase B, sugerindo diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar o grau de crença após as sessões, como é possível observar na **Figura 31**.

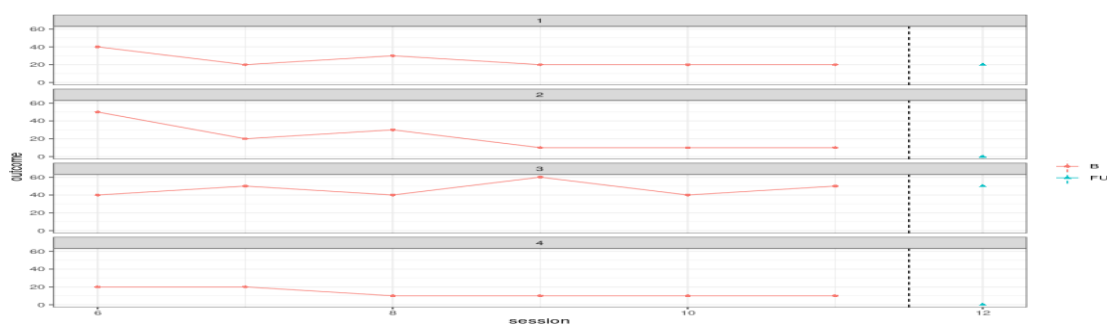
Figura 31. *Análise entre grupos do nível máximo de ansiedade experimentado pelos participantes durante as sessões (AB)*



O grau de crença máximo experienciado pelos participantes durante a sessão aumentou mas não foi significativamente na fase de follow-up relativamente à fase de pós-intervenção (BFU-SMD=0.56, DP=0.75; IC95% [-0.92; 2.04]) e estes efeitos parecem ter sido devidos ao efeito moderado da intervenção realizada de forma moderada (BFU-NAP=0.67; DP=0.22; IC95% [0.37,0.87, índice BFU-TAU-U= -0.15).

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é baixa mas estatisticamente significativa na fase Follow-up BFU -0.3631, DP=0.36, IC95%[-1.24; -0.51], o que indica que os participantes experimentaram níveis de grau de crença significativamente diferentes durante as sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito não muito elevado mas que contribuiu para a diminuição do grau de crença máxima experimentada pelos participantes da fase B para a fase FU, sugerindo diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar o grau de crença após as sessões, como é possível observar na **Figura 32**.

Figura 32. *Análise entre grupos do nível máximo de ansiedade experimentado pelos participantes durante as sessões (BFU)*



7.4 Efeito da Intervenção nos Comportamentos de Segurança

Neste ponto foi analisado o efeito da intervenção sobre os comportamentos de segurança experimentados durante as sessões.

Na **Tabela 4** estão identificados os comportamentos de segurança utilizados pelos participantes ao longo das 12 sessões e a respetiva definição (**Anexo N**). Os comportamentos de segurança mais utilizados pelos participantes foram “utilizar o telemóvel”, “verificar se alguém está a olhar” e “Olhar para baixo sem fazer nada”. Somente foram analisados os comportamentos de segurança anteriormente descritos com maior frequência visto que os restantes comportamentos de segurança não foram utilizados por todos os participantes ou não foram ativados durante todas as sessões antes da intervenção. Os comportamentos “verificar se alguém está a olhar” e “olhar para baixo” apesar de não serem utilizados em todas as sessões da fase A pelos participantes foram incluídos na análise gráfica uma vez que a experiência comportamental dirigiu-se ao contacto visual durante a permanência no café para testar a crença “vão todos olhar para mim”.

7.5.1 Efeito da Intervenção no Comportamento de Segurança “utilizar o telemóvel”

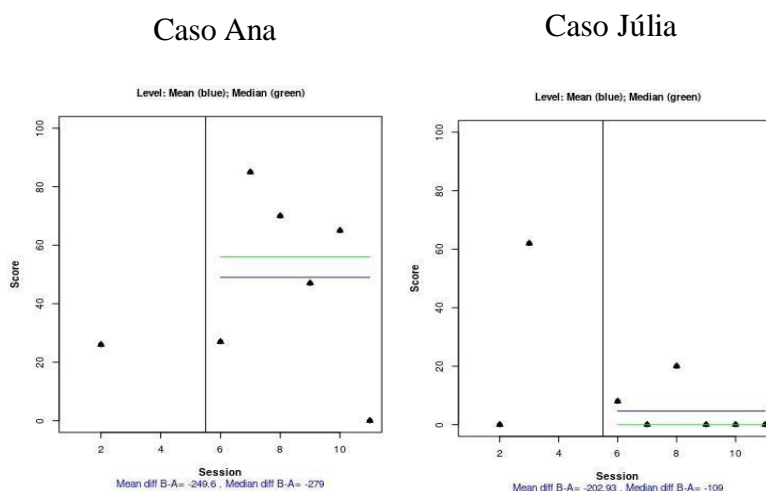
Os resultados da análise do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel” sugerem a diminuição dos níveis de utilização do telemóvel (em segundos) após a intervenção (fase B) nos participantes: Média Ana ($M_{\text{pré}}=298.6$, $DP=163.1$) e ($M_{\text{pós}}=49.00$, $DP=28.41$), média Sofia ($M_{\text{pré}}=413.20$, $DP=102.13$) e ($M_{\text{pós}}=0$, $DP=0$), média João ($M_{\text{pré}}=313.80$, $DP=170.02$) e ($M_{\text{pós}}=0$, $DP=0$) e média Júlia ($M_{\text{pré}}=207.70$, $DP=218.71$) e ($M_{\text{pós}}=4.67$, $DP=7.42$).

No caso de Sofia e João não foi possível fazer a inspeção visual no programa utilizado visto que os seus resultados do comportamento de segurança “utilizar o

telemóvel” apresentam elevada dispersão e por isso os gráficos não conseguiram inserir todos os valores dentro da janela de visualização. Os resultados dos dois participantes encontram-se expostos nas **Tabelas 5 e 6 (Anexo O)**.

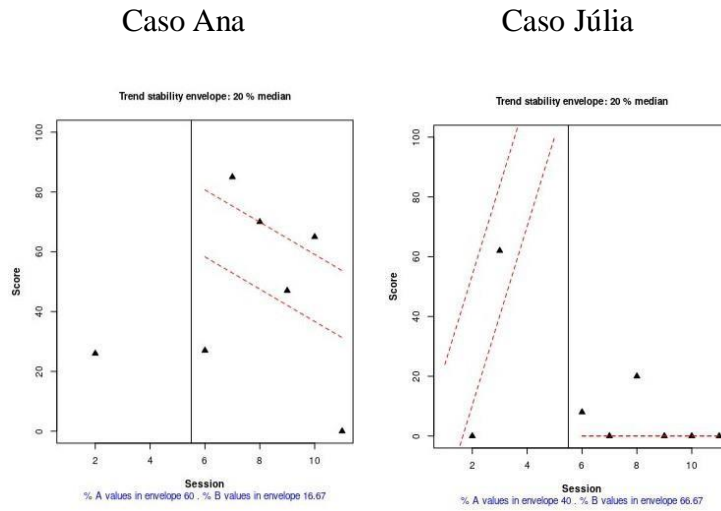
7.4.1 Inspeção Visual do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel”

Figura 31. *Análise Visual dos gráficos dos níveis do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel”*



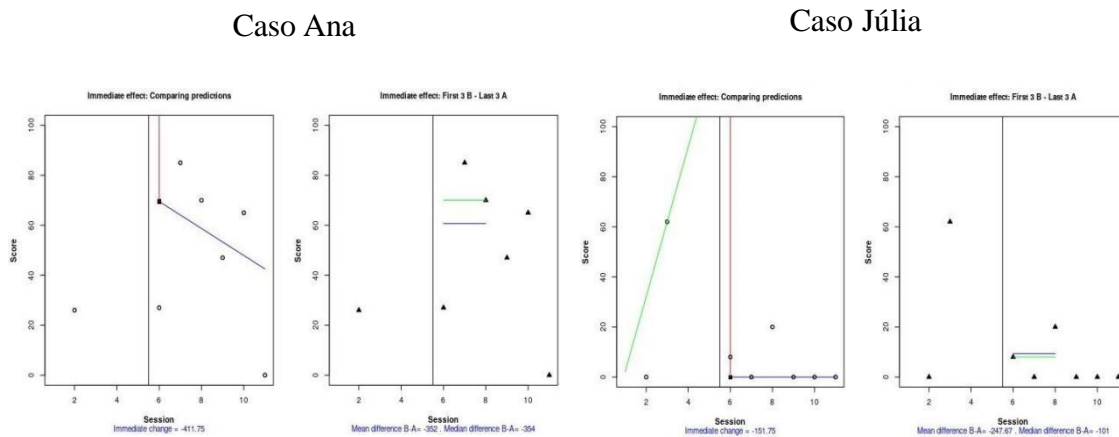
Na **Figura 31** é possível observar os gráficos dos níveis que representa a diferença entre a média (azul) e mediana (verde) dos valores de utilização do telemóvel durante as sessões da fase B (após a intervenção) e da fase A. As diferenças entre as médias das fase B para fase A de todos os participantes sugere uma diminuição dos níveis de utilização após a intervenção.

Figura 32. Análise Visual do Índice de estabilidade do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel”



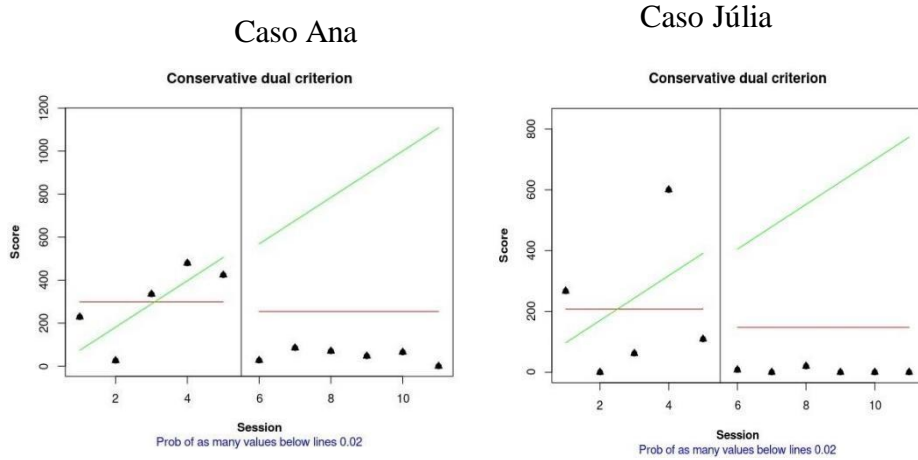
Na **Figura 32** é possível observar os gráficos *Trend stability envelope:20% median* estão representados os níveis de utilização do telemóvel em percentagem na fase A e na fase B que se encontram dentro dos intervalos de tendência de estabilidade. Os níveis de utilização do telemóvel de Ana encontram-se em maior percentagem dentro das linhas da tendência de estabilidade na Fase A do que na fase B, enquanto Júlia apresenta o contrário.

Figura 33. *Análise Visual do Efeito Imediato do comportamento de segurança “utilizar do telemóvel”*



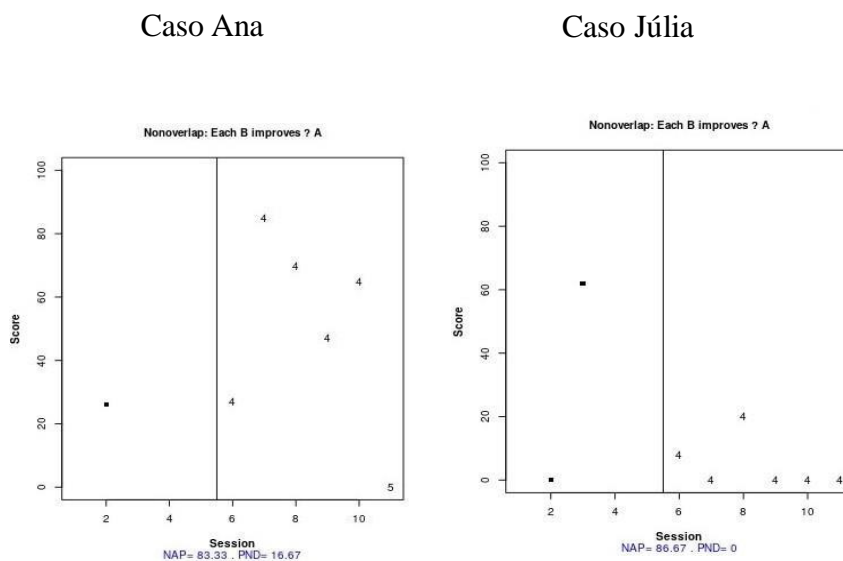
Na **Figura 33** é possível observar os gráficos *Immediate effect: Comparing predictions* representam o efeito imediato da mudança de utilização do telemóvel da fase A para a fase B, nas duas participantes houve uma diminuição imediata no valor predito na transição da fase A para a fase B, o que pode sugerir um impacto inicial do efeito da intervenção favorável. Os gráficos *Immediate effect: First 3 B – Last 3* sugerem a diminuição média imediata dos níveis de utilização do telemóvel durante as sessões devido ao efeito da intervenção.

Figura 34. *Análise Visual do efeito de intervenção no comportamento de segurança “utilizar o telemóvel”*



Na **Figura 34** é possível observar os gráficos *Conservative dual criterion* dos níveis de utilização do telemóvel durante as sessões dos participantes ao longo das sessões, que representam a probabilidade dos valores na fase B serem influenciados pela ocorrência do efeito da intervenção. No caso de Ana e Júlia os resultados indicam que a probabilidade da fase B derivar do efeito de intervenção é de 98%.

Figura 35. *Análise Visual do Índice de Sobreposição do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel”*



Na **Figura 35** é possível observar os gráficos *Nonoverlap: Each B improves A* que representam a percentagem das comparações entre pares (cada ponto de A comparado com cada ponto de B) que se encontram sobrepostos (NAP) e a percentagem de valores da fase B que se encontram acima do valor máximo de grau de crença após as sessões na fase A. Os resultados sugerem que a maioria dos valores de utilização do telemóvel de Ana e Júlia não se encontram sobrepostos em comparação entre pares das duas fases e Ana apresenta uma percentagem baixa de valores da fase B que se encontram acima do valor máximo da fase A, enquanto Júlia não apresenta valores de utilização do telemóvel durante as sessões na fase B que se encontrem acima do valor máximo da fase A.

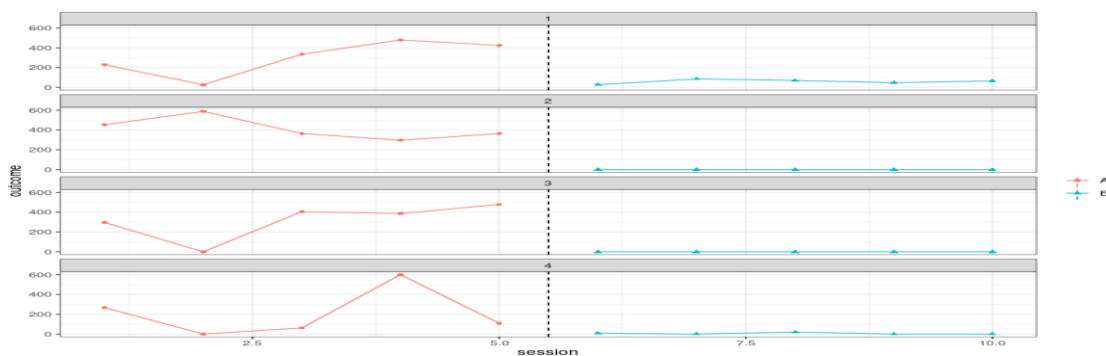
7.4.2 Análises estatísticas do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel”

Os participantes experienciaram níveis máximo de segundos de utilização do telemóvel significativamente diferentes durante as sessões (AB-SMD=-1.50, DP=0.32; IC95% [0.87, 2.12], tendo sido o nível de utilização do telemóvel máximo experimentada pelos mesmos significativamente inferior na fase pós-intervenção, relativamente à baseline, e esta diminuição da utilização do telemóvel parece ter resultado do efeito elevado da intervenção realizada (AB-NAP=0.91; SD=0.05; 95%IC[0.76;0.97], índice AB-TAU-U de 0.79).

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é elevada e estatisticamente significativa no momento AB -2.2071, DP=0.46, IC95% [-3.15; -1.26], o que indica que os participantes experimentaram níveis de utilização do telemóvel significativamente diferentes durante as sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito elevado e que contribuiu para a diminuição do nível de utilização do telemóvel máximo experimentado pelos participantes da fase A para a fase B, sugerindo

diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar o comportamento de segurança durante as sessões, como é possível observar na **Figura 36**.

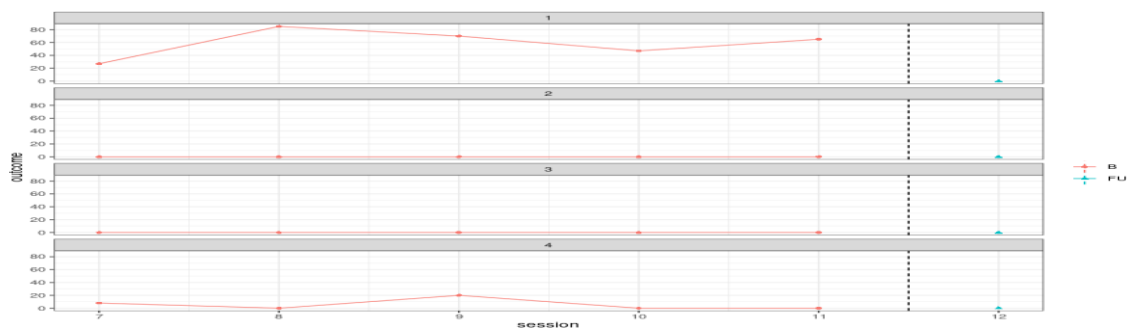
Figura 36. *Análise entre grupos do nível máximo de utilização do telemóvel experimentado pelos participantes durante as sessões (AB)*



O nível total de segundos de utilização do telemóvel experienciado pelos participantes durante a sessão diminuiu significativamente na fase de follow-up relativamente à fase de pós-intervenção (BFU-SMD=-0.56, DP=0.23; IC95% [0.10; 1.01]) e estes efeitos moderados parecem ter sido devidos à intervenção realizada (BFU-NAP=0.68; DP=0.08; IC95% [0.37,0.87], índice BFU-TAU-U= -0.38.

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é baixa mas estatisticamente significativa no momento BFU -0.48971, DP=0.37, IC95%[-1.44; 0.46], o que indica que os participantes experimentaram valores significativamente diferentes durante as sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito pouco elevado mas que contribuiu para a diminuição do valor de utilização do telemóvel máximo experimentado pelos participantes da fase B para a fase FU, sugerindo diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar o comportamento de segurança durante as sessões, como é possível observar na **Figura 37**.

Figura 37. *Análise entre grupos do nível máximo de utilização do telemóvel experimentado pelos participantes durante as sessões (BFU)*



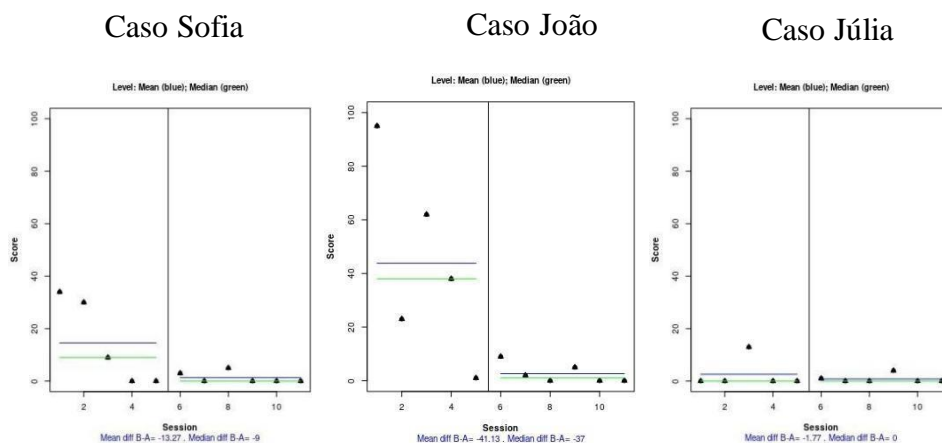
7.5. Efeito da Intervenção no Comportamento de Segurança “verificar se alguém está a olhar”

7.5.1 Inspeção Visual do comportamento de segurança “verificar se alguém está a olhar”

No caso de Ana não foi possível fazer a inspeção visual no programa utilizado visto que os seus resultados do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel” apresentam elevada dispersão e por isso os gráficos não conseguiram inserir todos os valores dentro da janela de visualização.

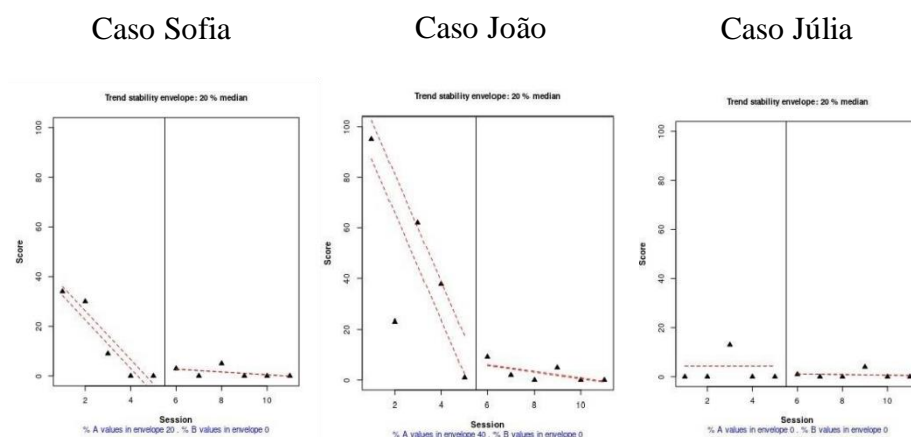
Os resultados da análise dos gráficos dos níveis de comportamento de segurança “verificar se alguém está a olhar” sugerem a diminuição dos níveis de verificar se alguém está a olhar (em segundos) após a intervenção: Média Ana ($M_{pré}=2.0$, $DP=2.8$) e ($M_{pós}=0.00$, $DP=0.00$), média Sofia ($M_{pré}=14.60$, $DP=14.88$) e ($M_{pós}=1.33$, $DP=1.96$), média João ($M_{pré}=43.80$, $DP=32.94$) e ($M_{pós}=2.67$, $DP=3.34$) e média Júlia ($M_{pré}=2.60$, $DP=5.29$) e ($M_{pós}=0.83$, $DP=1.46$).

Figura 38. Análise visual dos gráficos dos níveis do comportamento de segurança “verificar se alguém está a olhar”



Na **Figura 38** é possível observar os gráfico *Level:Median (blue); Median (Green)* que representam a diferença entre a média dos valores de durante as sessões da fase B (após a intervenção) e da fase A. As diferenças entre as médias das fase B para fase A de todos os participantes sugere uma diminuição dos níveis de ansiedade durante a intervenção.

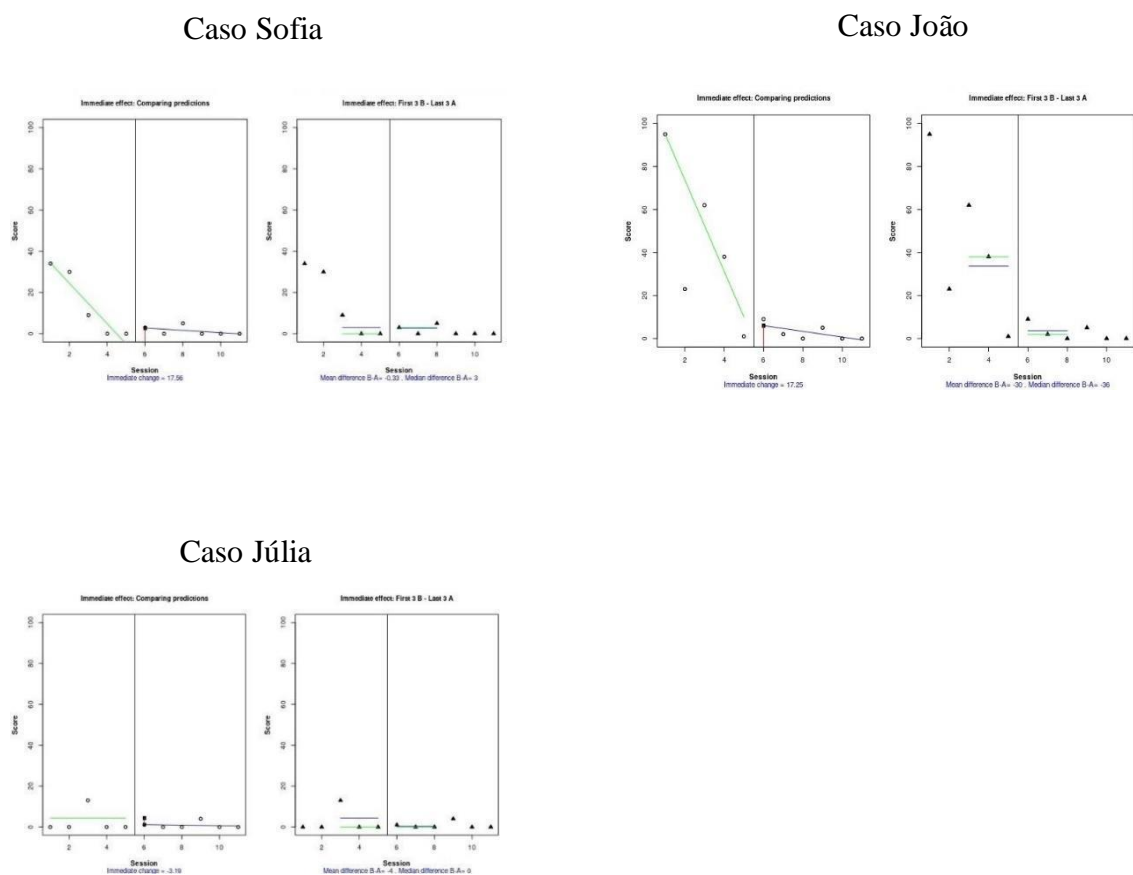
Imagem 39. Análise visual do índice de estabilidade do comportamento de segurança “verificar se alguém está a olhar”



Na **Imagem 39** é possível observar os gráficos *Trend stability envelope:20% median* que representam os níveis em percentagem na fase A e na fase B que se encontram dentro dos intervalos de tendência de estabilidade. Os níveis de verificar se alguém está

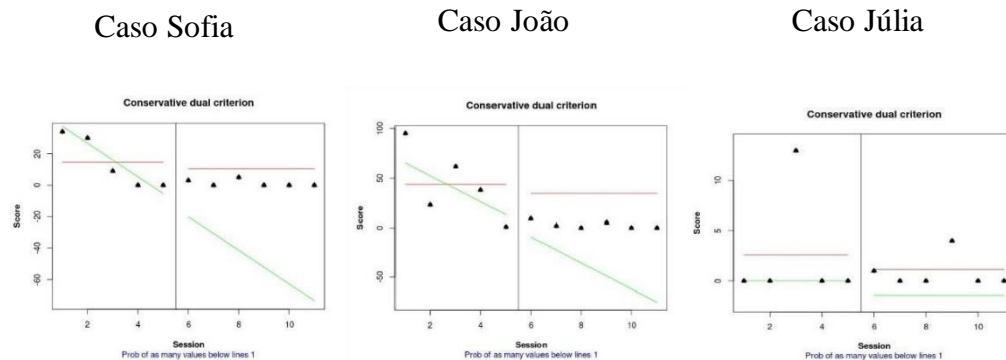
a olhar de João encontram-se em maior percentagem dentro das linhas da tendência de estabilidade na Fase A do que na fase B, enquanto no caso de Sofia ocorre o contrário e no caso de Júlia os valores encontram-se em maior percentagem dentro das linhas de tendência de estabilidade na Fase B do que na Fase A.

Imagem 40. *Análise do efeito imediato do comportamento de segurança “verificar se alguém está a olhar”*



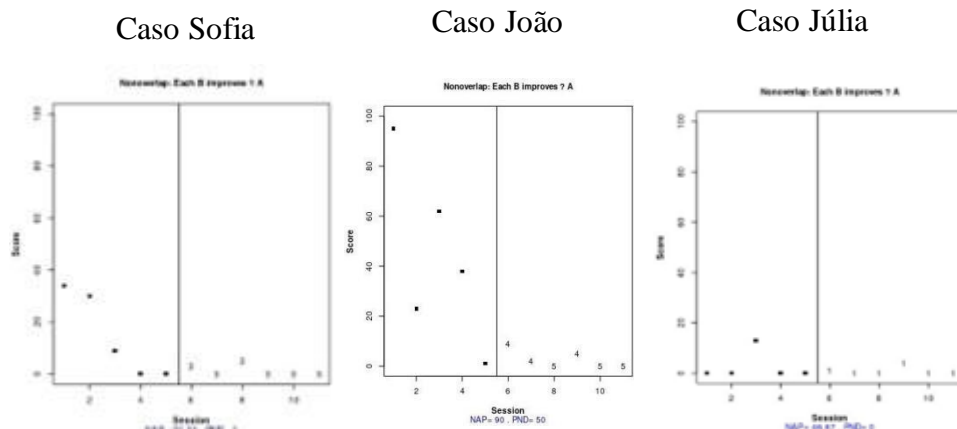
Na **Imagem 40** é possível observar os gráficos *Immediate effect: Comparing predictions* que representam o efeito imediato da mudança de ansiedade da fase A para a fase B. Júlia apresenta uma diminuição imediata no valor predito na transição da fase A para a fase B, o que pode sugerir um impacto inicial do efeito da intervenção favorável. No caso de João e Sofia há uma mudança imediata positiva. Os gráficos *Immediate effect: First 3 B – Last 3* sugere a diminuição média imediata dos níveis de verificar se alguém está a olhar durante as sessões devido ao efeito da intervenção de todos os participantes.

Imagem 41. *Análise do efeito de intervenção do comportamento de segurança “verificar se alguém está a olhar”*



Na **Imagem 41** é possível observar os gráficos *Conservative dual criterion* que representam a probabilidade dos valores na fase B serem influenciados pela ocorrência do efeito da intervenção. Os resultados sugerem que a probabilidade de os valores da fase B derivem do efeito de intervenção é de 0%.

Imagem 42. *Análise do índice de sobreposição do comportamento de segurança “verificar se alguém está a olhar”*



Na **Imagem 42** é possível observar o gráfico *Nonoverlap: Each B improves 1 A* que representa a percentagem das comparações entre pares (cada ponto de A comparado com cada ponto de B) que se encontram sobrepostos (NAP) e a percentagem de valores da fase

B que se encontram acima do valor máximo dos níveis das sessões na fase A (PDN). Os resultados sugerem que a maioria dos valores de verificar se alguém está a olhar de Sofia e João encontram-se sobrepostos em comparação entre pares das duas fases, enquanto menos de metade dos valores de Júlia se encontram sobrepostos entre fases. Sofia e Júlia não apresentam valores durante as sessões na fase B que se encontre acima do valor máximo da fase A. Enquanto João apresenta metade dos na fase B acima do valor máximo da fase A.

7.5.2. Análise estatística do comportamento de segurança “verificar se alguém está a olhar”

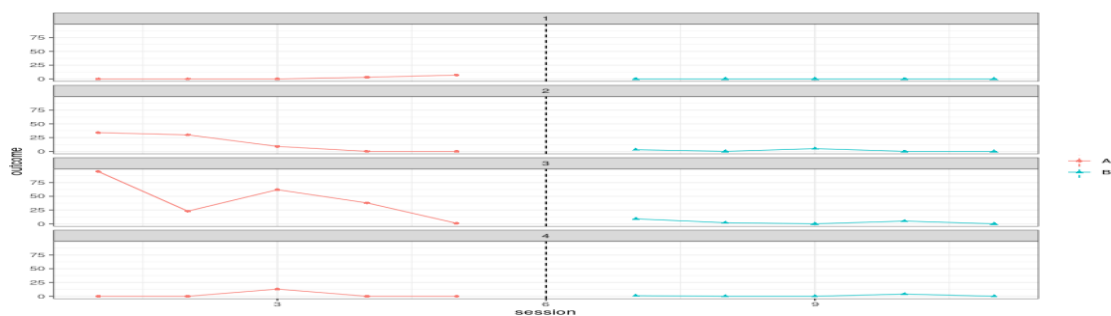
Os participantes experienciaram níveis máximo dos níveis de verificar se alguém está a olhar significativamente diferentes durante as sessões (AB-SMD=-0.54, DP=0.23; IC95% [0.09, 0.99], tendo sido o valor de verificar se alguém está a olhar máximo experimentada pelos mesmos significativamente inferior na fase pós-intervenção, relativamente à baseline, e esta diminuição da variável parece ter resultado do efeito de intervenção realizada (AB-NAP=0.67; SD=0.08; 95% IC [0.48;0.80], índice AB-TAU-U de 0.34.

O nível máximo de verificar se alguém está a olhar experienciado pelos participantes durante a sessão diminuiu significativamente na fase de follow-up relativamente à fase de pós-intervenção (BFU-SMD=0.56, DP=0.23; IC95% [0.10; 1.01]) e estes efeitos parecem ter sido devidos à intervenção realizada de forma moderada (BFU-NAP=0.68; DP=0.08; IC95% [0.37;0.87], índice BFU-TAU-U é de 0.68.

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é moderada e estatisticamente significativa no momento AB -0.5861, DP=0.43, IC95% [-1.49; 0.31], o que indica que os participantes experimentaram níveis de verificar se

alguém está a olhar significativamente diferentes durante as sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito elevado e que contribuiu para a diminuição da variável máxima experimentada pelos participantes da fase A para a fase B, sugerindo diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar a ansiedade durante as sessões, como é possível observar na **Figura 43**.

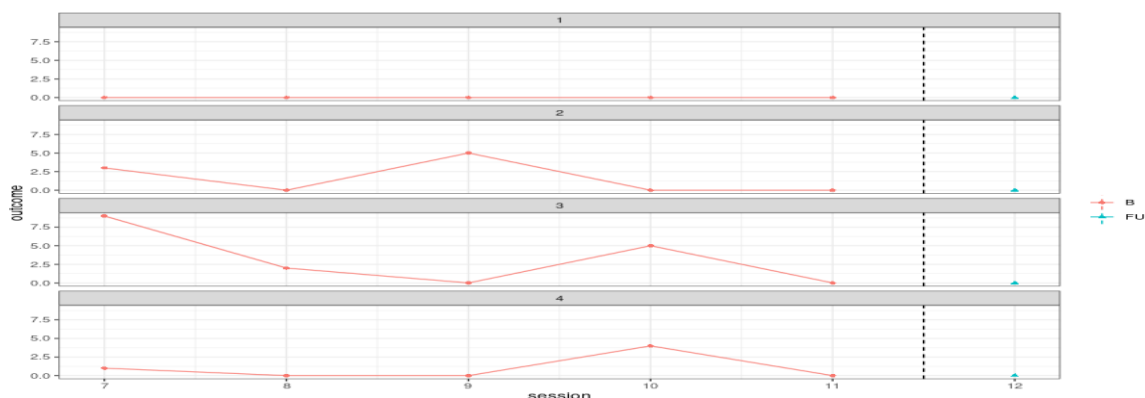
Figura 43. *Análise entre grupos do nível máximo verificar se alguém está a olhar e experimentado pelos participantes durante as sessões (AB)*



O nível máximo de verificar se alguém está a olhar experienciado pelos participantes durante a sessão diminuiu significativamente na fase de follow-up relativamente à fase de pós-intervenção (BFU-SMD=0.56, DP=0.23; IC95% [0.10; 1.01]) e estes efeitos parecem ter sido devidos à intervenção realizada de forma moderada (BFU-NAP=0.68; DP=0.08; IC95% [0.37;0.87], índice BFU-TAU-U é de 0.68.

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é elevada mas estatisticamente significativa no momento BFU -0.7531, DP=0.52, IC95% [-1.84; 0.34], o que indica que os participantes experimentaram níveis de verificar se alguém está a olhar são significativamente diferentes durante as sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito elevado que contribuiu para a diminuição do valor máximo experimentado pelos participantes da fase B para a fase FU, sugerindo diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar o grau de crença após as sessões, como é possível observar na **Figura 44**.

Figura 44. Análise entre grupos do nível máximo de verificar se alguém está a olhar experimentado pelos participantes durante as sessões (BFU)



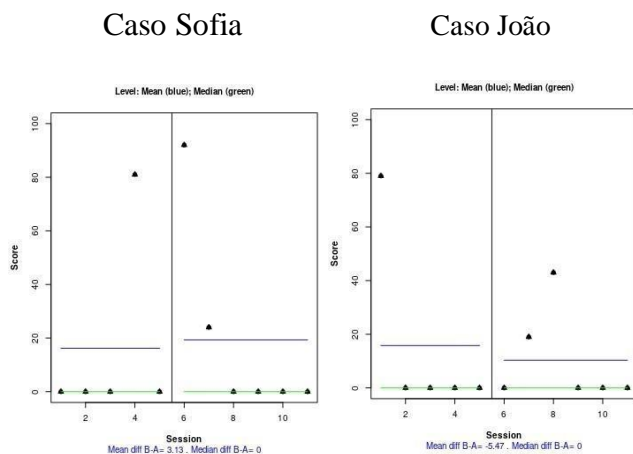
7.6 Efeito da intervenção no comportamento de segurança “olhar para baixo”

7.6.1. Inspeção Visual do comportamento de segurança “olhar para baixo”

Os resultados da análise do comportamento de segurança “Olhar para baixo sem fazer nada” sugerem a diminuição dos níveis de Olhar para baixo sem fazer nada (em segundos) após a intervenção nos participantes: Média Ana ($M_{pré}=43.40$, $DP=79.86$) e ($M_{pós}=0.00$, $DP=0.00$), média Sofia ($M_{pré}=16.20$, $DP=32.93$) e ($M_{pós}=19.33$, $DP=33.52$), média João ($M_{pré}=15.80$, $DP=32.12$) e ($M_{pós}=10.33$, $DP=16.11$) e média Júlia ($M_{pré}=9.80$, $DP=11.93$) e ($M_{pós}=0.00$, $DP=0.00$).

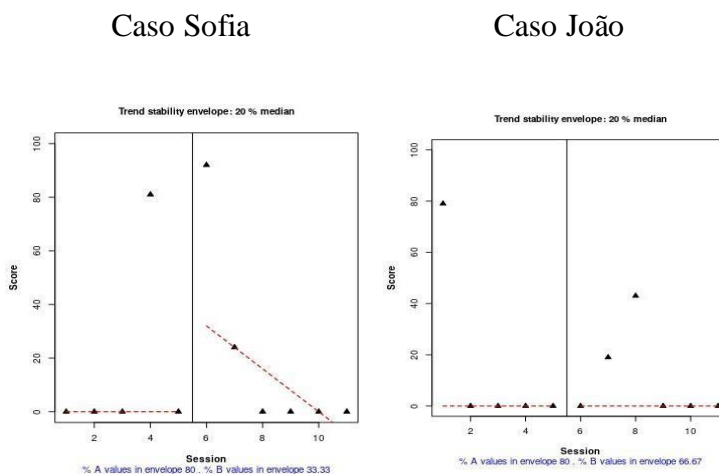
No caso de Ana e Júlia não foi possível fazer a inspeção visual no programa utilizado visto que os seus resultados do comportamento de segurança “olhar para baixo” apresentam elevada dispersão e os gráficos não conseguiram inserir todos os valores dentro da janela de visualização.

Figura 45. Análise visual dos gráficos dos níveis do comportamento de segurança “olhar para baixo sem fazer nada”



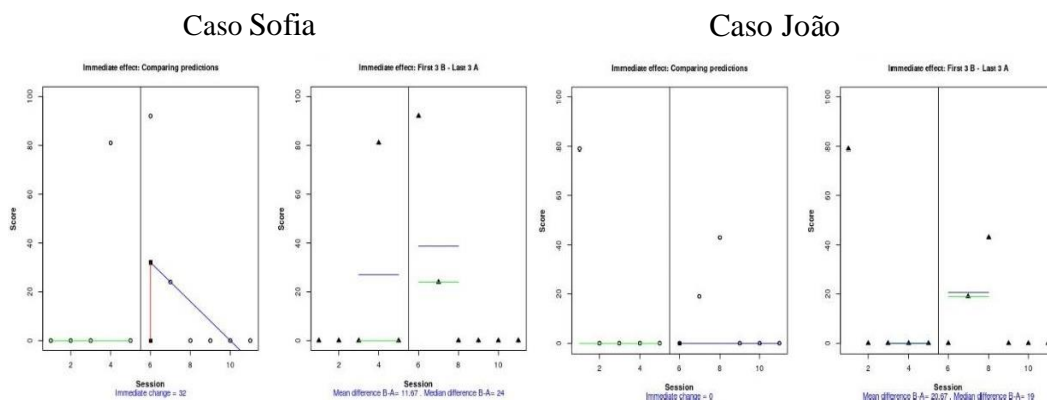
Na **Figura 45** é possível observar o gráfico *Level:Mean (blue); Median (Green)* que representa a diferença entre a média dos valores de durante as sessões da fase B (após a intervenção) e da fase A. As diferenças entre as médias das fase B para fase A de todos os participantes sugere uma diminuição dos níveis de olhar para baixo sem fazer nada durante a intervenção.

Figura 46. Análise Visual do Índice de estabilidade do comportamento de segurança “olhar para baixo sem fazer nada”



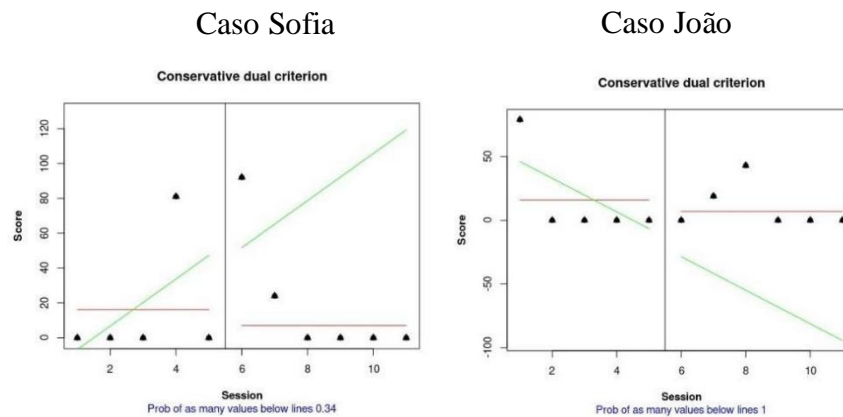
Na **Figura 46** é possível observar os gráficos *Trend stability envelope:20% median* onde estão representados os níveis (sem segundos) de olhar para baixo sem fazer nada em percentagem na fase A e na fase B que se encontram dentro dos intervalos de tendência de estabilidade. Os níveis de olhar para baixo dos dois participantes encontram-se em maior percentagem dentro das linhas da tendência de estabilidade na Fase A do que na fase B.

Figura 47. *Análise Visual do efeito imediato do comportamento de segurança “olhar para baixo sem fazer nada”*



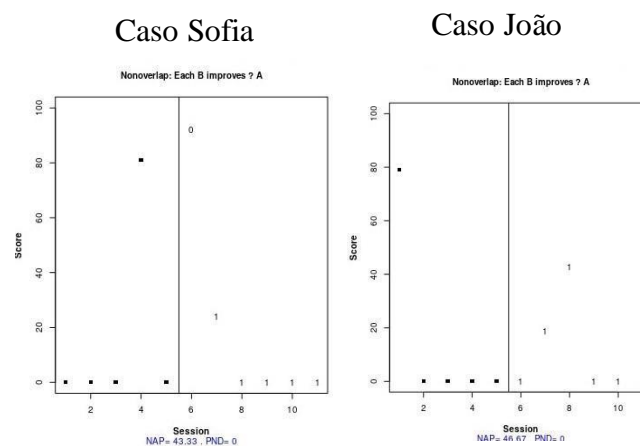
Na **Figura 47** é possível observar os gráficos *Immediate effect: Comparing predictions* que representam o efeito imediato da mudança de ansiedade da fase A para a fase B. Sofia apresenta um aumento imediato no valor predito na transição da fase A para a fase B, o que pode sugerir um impacto inicial do efeito da intervenção desfavorável. O caso de João não há uma mudança imediata. Os gráficos *Immediate effect: First 3 B - Last 3* sugere a diminuição média imediata dos níveis de olhar para baixo sem fazer nada do caso de João durante as sessões e um aumento médio dos níveis de olhar para baixo sem fazer nada no caso de Sofia durante as sessões após a intervenção.

Figura 48. Análise visual do efeito de intervenção do comportamento de segurança “olhar para baixo sem fazer nada”



Na **Figura 48** é possível observar os gráficos *Conservative dual criterion* que representam a probabilidade dos valores na fase B serem influenciados pela ocorrência do efeito da intervenção. Os resultados sugerem que a probabilidade de os valores da fase B derivem do efeito de intervenção é de 66% no caso de Sofia e de 0% no caso de João.

Figura 49. Análise Visual do efeito de sobreposição do comportamento de segurança “olhar para baixo sem fazer nada”



Na **Figura 49** é possível observar o gráfico *Nonoverlap:Each B improves A* que representa a percentagem das comparações entre pares (cada ponto de A comparado com cada ponto de B) que se encontram sobrepostos (NAP) e a percentagem de valores da fase

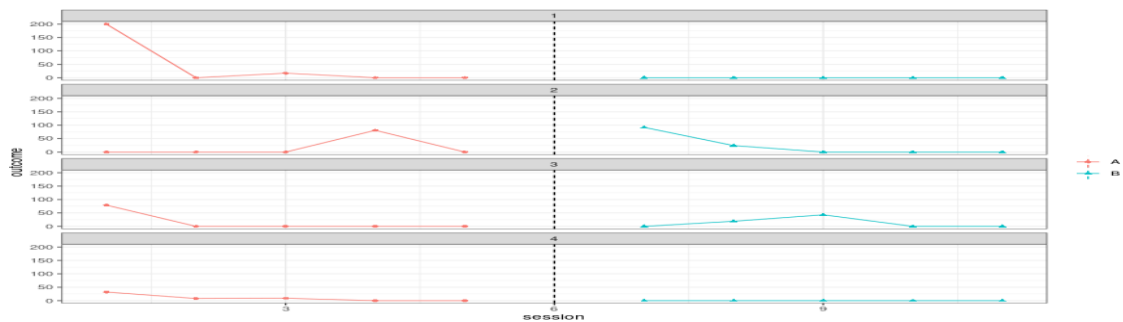
B que se encontram acima do valor máximo dos níveis das sessões na fase A (PDN). Os resultados sugerem que menos de metade dos valores de olhar para baixo sem fazer nada de Sofia e João encontram-se sobrepostos em comparação entre pares das duas fases. Sofia e João não apresentam valores durante as sessões na fase B que se encontre acima do valor máximo da fase A.

7.6.2 Análise estatística do comportamento de segurança “olhar para baixo sem fazer nada”

Os participantes experienciaram níveis máximo dos níveis de olhar para baixo sem fazer nada significativamente diferentes durante as sessões [AB-SMD=-0.24, DP=0.24; IC95%[-0.23, 0.71], tendo sido o nível de olhar para baixo sem fazer nada máximo experimentado pelos mesmos significativamente inferior na fase pós-intervenção, relativamente à baseline, e esta diminuição da variável parece ter resultado do efeito de intervenção realizada (AB-NAP=0.57; SD=0.07; 95%IC[0.39;0.73], índice AB-TAU-U de 0.12.

A análise entre grupos sugere que a média das diferenças entre sujeitos é moderada e estatisticamente significativa no momento AB -0.3219, DP=0.32, IC95%[-0.97; -0.33], o que indica que os participantes experimentaram níveis de olhar para baixo sem fazer nada significativamente diferentes durante as sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito moderado e que contribuiu para a diminuição da variável máxima experimentada pelos participantes da fase A para a fase B, sugerindo diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar a ansiedade durante as sessões, como é possível observar na **Figura 50**.

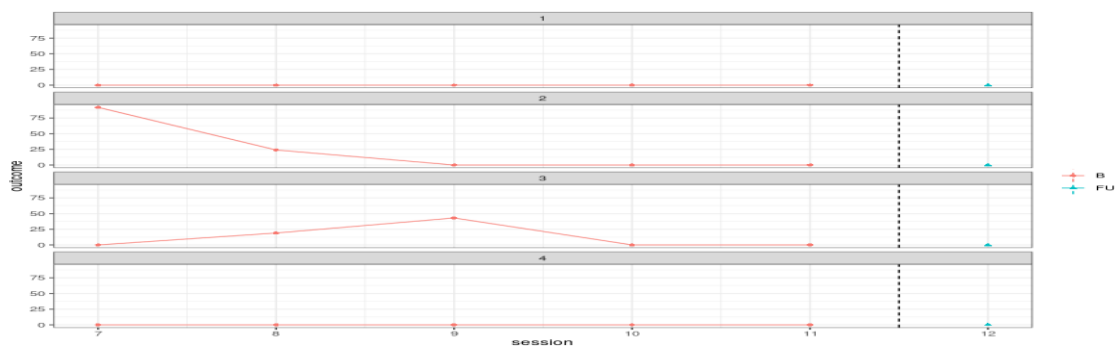
Figura 50. Análise entre grupos do nível máximo de olhar para baixo sem fazer nada experimentado pelos participantes durante as sessões (AB)



O nível máximo de verificar se alguém está a olhar experienciado pelos participantes durante a sessão diminuiu significativamente na fase de follow-up relativamente à fase de pós-intervenção (BFU-SMD=0.38, DP=0.22; IC95% [-0.06; 0.82]) e estes efeitos parecem ter sido devidos à intervenção realizada de forma moderada (BFU-NAP=0.60; DP=0.07; IC95% [0.31;0.83], índice BFU-TAU-U= 0.07).

A análise inter-sujeito sugere que a média das diferenças entre sujeitos é moderada e estatisticamente significativa no momento BFU -0.1641, DP=0.45, IC95%[-1.15; 0.81], o que indica que os participantes experimentaram níveis de olhar para baixo sem fazer nada significativamente diferentes durante as sessões. Os resultados sugerem que a intervenção teve um efeito moderado e que contribuiu para a diminuição dos níveis máximos experimentado pelos participantes da fase B para a fase FU, sugerindo diferenças significativas entre os mesmos na forma de experienciar os níveis de olhar para baixo sem fazer nada durante as sessões, como é possível observar na **Figura 51**.

Figura 51. Análise entre grupos do nível máximo de olhar para baixo sem fazer nada experimentado pelos participantes durante as sessões (BFU)



8. Discussão dos Resultados

8.1 Aceitabilidade e utilidade

No presente estudo foi utilizado um design experimental de estudo de caso único com base múltipla para avaliar a eficácia de uma experiência comportamental na redução da sintomatologia da ansiedade social. Desta forma, foram avaliados os níveis de ansiedade, grau de crença “vão todos olhar para mim” e comportamentos de segurança na fase *baseline*, pós-intervenção e follow-up. A intervenção utilizada foi implementada em participantes que nunca foram tratados com fármacos ou experimentaram acompanhamento psicoterapêutico para a Perturbação de Ansiedade Social. De um modo geral, a experiência foi bem aceite e facilmente implementada para todos os participantes.

O formato individual de caso único permitiu explorar detalhadamente o impacto de variáveis parasitas, como no caso de Ana na sessão 8 e no caso de João na sessão 9, que experimentaram um nível de ansiedade e grau de crença mais elevados após a intervenção visto que, segundo eles, estavam com problemas pessoais nesse dia específico, o que contribuiu para o aumento dos níveis das variáveis dependentes e pode ter influenciado alguns resultados estatísticos.

Os níveis de ansiedade nas respostas à EAESDIS após a experiência comportamental diminuíram em todos os participantes, bem como os níveis de cognição nas respostas à EPAAS. A Sofia foi a participante que experimentou um decréscimo mais elevado de ansiedade e crença nas escalas, e desta forma a experiência foi considerada muito útil, muito acessível e com elevada contribuição para a redução da sua sintomatologia pela participante. A Júlia e Ana, ambas consideraram também a experiência comportamental útil, acessível e com elevada contribuição para a redução da sua sintomatologia, apesar de Ana ter experimentado o menor decréscimo na EPAAS após a experiência. Os níveis de ansiedade do João na resposta à EAESDIS após a experiência foram os que experimentaram um decréscimo menor de todos os participantes, no entanto, João também considerou a experiência útil, muito acessível e com alguma redução na sua sintomatologia. De um modo geral, apesar da variabilidade de níveis de redução da sintomatologia após a experiência, a mesma foi considerada útil para os participantes visto que todos experimentaram decréscimo na ansiedade social e crença.

É de referir que para nós não seria expectável alcançar com esta experiência uma redução total da sintomatologia da Perturbação de Ansiedade Social nos participantes visto que foi somente aplicada uma técnica num só momento. Desta forma, principalmente os participantes que experimentaram inicialmente níveis de ansiedade e crença mais elevados, como no caso de João, para que houvesse possivelmente uma redução total da sintomatologia poderia ser necessário a implementação de um pacote de tratamento completo com diversas técnicas para a Perturbação de Ansiedade Social. No entanto, a técnica isolada experiência comportamental mostrou-se muito eficaz para a redução da sintomatologia.

8.2 Efeito da experiência nas variáveis

Os resultados das análises visuais e estatísticas corroboram os resultados das respostas às EAESDIS e EPAAS, bem como o relato sobre a utilidade e aceitabilidade da experiência por parte dos participantes. É observável a partir dos resultados estatísticos que houve uma redução dos níveis de ansiedade (esperada e durante as sessões), do grau de crença (antes e durante as sessões) e dos comportamentos de segurança utilizados durante as sessões da experiência comportamental de todos os participantes. As variáveis ansiedade durante as sessões, crença durante as sessões e os comportamentos de segurança experimentaram um decréscimo mais acentuado em todos os participantes, sendo as variáveis que evidenciaram com maior destaque a eficácia da técnica experiência comportamental utilizada no estudo. Os resultados corroboram um estudo de Kim (2005) que encontrou que o efeito de exposição durante as sessões combinado com a ausência de utilização de comportamentos de segurança tem elevada eficácia na redução da ansiedade social e de pensamentos automáticos negativos na PAS.

Desta forma, a maior redução de sintomatologia nas variáveis durante as sessões pode se relacionar com o efeito de exposição e a ausência de comportamentos de segurança (fator de manutenção) que permitem a desconfirmação do processo cognitivo (Kim, 2005). Na medição das variáveis antes das sessões não há o efeito de exposição combinado com a ausência de comportamentos de segurança, o que pode dificultar a sua redução devido à maior ruminação de pensamentos (eg., vão todos olhar para mim) que são consequência de situações sociais passadas negativas e que contribuem para o aumento da sintomatologia pré-evento (Donohue *et al.*, 2024)

8.2.1 Efeito da experiência comportamental nos comportamentos de segurança

Em termos de medidas de eficácia, os resultados corroboram as hipóteses propostas visto que todos os participantes experimentaram um decréscimo acentuado da utilização dos comportamentos de segurança após a intervenção, comparativamente com os níveis da *baseline*. Neste estudo a variável em que a experiência apresentou maior eficácia foi na redução dos comportamentos de segurança, o que reforça a importância da diálogo cognitivo na sessão 6 de manipulação experimental sobre a influência dos comportamentos de segurança na manutenção da sintomatologia de ansiedade social. Na fase follow-up os níveis dos comportamentos de segurança mantiveram-se ou diminuíram o que corrobora uma das hipóteses propostas inicialmente no estudo.

O comportamento de segurança “utilizar o telemóvel” foi o que experimentou um efeito mais elevado e significativo nas diferenças intra sujeito e um efeito elevado significativo entre sujeitos. A utilização do telemóvel foi o comportamento de segurança utilizado com maior frequência ativada durante as sessões, o que é explicado num estudo de Rane *et al.* (2022) que sugere que a utilização do telemóvel correlaciona-se positivamente com a sintomatologia de ansiedade social (Ran, et al, 2022). Este tipo de comportamento (utilização do telemóvel em contexto social) é frequentemente escolhido pelas pessoas com ansiedade social para não verificarem o meio social à sua volta (Ran *et al.*, 2022). Tal como se verificou no presente estudo com a diminuição da frequência do comportamento de segurança houve consequentemente a diminuição da sintomatologia de ansiedade e crença.

8.2.2 Efeito da experiência comportamental na ansiedade

Em termos das medidas de eficácia, os resultados sustentam as hipóteses visto que os níveis de ansiedade experimentados durante as sessões diminuíram após a intervenção em todos os participantes, em comparação com os níveis da *baseline*, no entanto não se mantiveram na fase follow-up. A experiência comportamental apresentou um efeito elevado na redução da Ansiedade durante as sessões nas diferenças intra sujeito no momento e um efeito elevado significativo entre sujeitos no momento AB como referido inicialmente no ponto 8.2. Relativamente à ansiedade esperada, segundo os resultados, diminuiu menos acentuadamente do que a ansiedade durante as sessões, após o efeito da intervenção em todos os participantes e manteve-se na fase de follow-up.

Nas análises dos gráficos multinível em todos os casos mostram que há consistência nos valores das variáveis de ansiedade na fase pós-intervenção, ou seja, do momento A para B, o que conclui que existe confiabilidade nos resultados da intervenção (Tanious *et al.*, 2019) e na técnica utilizada para a redução das variáveis ansiedade durante as sessões e ansiedade esperada. No entanto, no caso de João na variável ansiedade esperada há falta de consistência dos valores, visto que houve maior dificuldade para a diminuição consistente dos valores. Na fase A houve ausência de consistência em todos os participantes na variável ansiedade esperada que pode ser explicado por não terem sido aleatorizadas as sessões da *baseline*, visto que não permite controlar a tendência e a estabilidade dos valores (Glymour *et al.*, 2005).

8.2.3 Efeito da experiência comportamental na crença “vão todos olhar para mim”

Em termos das medidas de eficácia, os resultados corroboram as hipóteses pois os níveis de grau de crença experimentados durante as sessões após a intervenção diminuíram em todos participantes. A experiência comportamental contribuiu com um

efeito elevado na redução da Crença durante as sessões nas diferenças intra sujeito e um efeito também elevado significativo nas diferenças entre grupos. Relativamente à variável crença antes das sessões, segundo os resultados, diminuiu menos acentuadamente do que a ansiedade durante as sessões, após o efeito da intervenção em todos os participantes.

Os resultados das fases follow-up das variáveis de ansiedade e crença não foram significativos o que não permite a conclusão sobre o efeito longitudinal do momento BFU. Estes resultados corroboram um estudo de McManus (2009) sobre a eficácia de duas componentes da terapia cognitivo-comportamental na PAS e que concluiu que na fase follow-up seriam necessárias mais sessões para que houvesse um efeito mais substancial a longo prazo da implementação das técnicas. No presente estudo somente ocorreu 1 sessão de follow-up o que pode não ter sido o suficiente para perceber a manutenção/ diminuição a longo prazo da sintomatologia de ansiedade social nos participantes.

Os valores mostraram-se consistentes na fase B em todos os participantes, o que indica confiabilidade dos resultados da intervenção (Tanius *et al.*, 2019) e na técnica utilizada para a redução da crença antes das sessões. A variável crença durante as sessões apresentou consistência dos valores no caso Ana e Júlia na fase B. No entanto, Sofia nas duas variáveis anteriormente descritas e João na variável crença durante as sessões em ambas as fases não obtiveram consistência dos valores. No caso Sofia a falta de consistência dos valores pode estar relacionada com o efeito da exposição inicial da fase *baseline* que fez com que os seus valores de grau de crença sofressem um decréscimo antes da intervenção e desta forma a sua redução não é atribuída à intervenção implementada e assim os seus resultados não são considerados confiáveis. No caso João a ausência de consistência na fase A e B na variável Crença durante as sessões pode estar

relacionado com alguma desejabilidade social por parte do participante, o que desta forma aumenta a variabilidade nos resultados, fazendo com que não se verifiquem consistentes.

De um modo geral, os resultados conjuntos das variáveis de comportamentos de segurança, crença e ansiedade corroboram um estudo de McManus (2009) que explica que com a diminuição/eliminação dos comportamentos de segurança, sendo estes um fator de manutenção da sintomatologia, os níveis de grau de crença diminuem, e conseqüentemente os níveis de ansiedade. A diminuição das variáveis anteriormente descritas devido à eliminação dos comportamentos de segurança ocorrem principalmente durante as sessões em comparação com a sintomatologia pré-evento visto que a eficácia aumenta com a exposição ao ambiente social (McManus, 2009), tal como os resultados do estudo presente indicam uma melhoria mais acentuada nas variáveis durante as sessões.

Após a análise conjunta do efeito da experiência comportamental na redução dos comportamentos de segurança, ansiedade e crença, foi necessário perceber o efeito individual em cada estudo de caso.

A Sofia experimentou um efeito da experiência comportamental elevado na redução da sua sintomatologia, bem como grau de crença e comportamentos de segurança e foi das participantes que experimentou um maior efeito da experiência. Os seus resultados projetam-se no quão considerou a experiência útil para a redução da sua sintomatologia. No caso de Júlia houve também um decréscimo elevado dos valores da ansiedade, crença e comportamentos de segurança. No entanto, neste caso só o efeito da exposição inicial da fase *baseline* fez com que os seus valores de ansiedade e grau de crença sofressem um decréscimo antes da intervenção, embora necessitasse durante a fase A da utilização dos comportamentos de segurança. A diminuição inicial na fase *baseline* de Júlia nos seus níveis de ansiedade e crença, visto que mantinha a utilização elevada

dos comportamentos de segurança, podem estar relacionados com alguma desajustabilidade social e não corresponder exatamente ao que sentia no momento.

A experiência mostrou-se muito eficaz com Júlia e Sofia e ambas começaram inicialmente com níveis médios em comparação com outros participantes (eg., João e Ana). Como referido anteriormente, não seria esperado a redução total da sintomatologia pois é uma técnica que deve ser integrada num protocolo de tratamento para a PAS, no entanto, isoladamente mostrou-se muito eficaz em participantes com níveis iniciais de ansiedade social médios.

O caso de Ana, apesar de não ter sido a participante que experienciou maiores reduções dos níveis de ansiedade, crença e comportamentos de segurança, foi a participante em que se verificou os resultados consistentes em ambas as fases em todas as variáveis analisadas, o que sugere ser o caso com maior confiabilidade de resultados após a experiência comportamental (Taynious, 2019).

O caso de João foi o que apresentou menor diminuição dos níveis de ansiedade e crença, embora tenha reduzido acentuadamente a utilização dos comportamentos de segurança na fase B. O participante foi o que iniciou a experiência com maiores níveis de sintomatologia e na sessão 6 em que ocorreu a manipulação experimental e foi o participante que mostrou maior resistência durante o diálogo cognitivo.. João apresentou maior dificuldade na diminuição da ansiedade e crença antes das sessões, que tal como referido anteriormente, podem se relacionar com experiências passadas negativas que contribuem para o reforço da crença pré-evento e conseqüentemente o aumento da sua sintomatologia (Donohue *et al.*, 2024). A experiência mostrou eficácia neste caso, mas o participante beneficiaria de mais momentos de intervenção cognitiva personalizada e do estabelecimento de uma relação terapêutica maior com o investigador. Segundo Clemént *et al.* (2019) para a elevada eficácia de uma experiência comportamental é necessário o

estabelecimento de uma boa relação terapêutica, o que neste estudo não foi possível realizar visto que havia limite do número de sessões, devido ao tempo estipulado para o desenvolvimento do estudo e somente foi realizada uma sessão de manipulação experimental, o que este estudo revelou ser necessário para pessoas com maior nível de ansiedade e grau de crença. A falta de tempo para se estabelecer uma relação terapêutica forte poderá ter influenciado os resultados, por exemplo, no caso de João que apresentava um nível de crença maior e que necessitaria de sentir maior confiança com o investigador na sessão 6 para que houvesse uma reestruturação do pensamento pré-evento.

Em suma, os resultados da intervenção de um modo geral mostram que a técnica experiência comportamental apresenta eficácia na redução da crença, dos comportamentos de segurança e conseqüentemente da sintomatologia ansiosa em pessoas com Perturbação de Ansiedade Social. O presente estudo consegue mostrar a eficácia da técnica experiência comportamental, mas não se pode descurar da relação terapêutica como fator potenciador de modificação da sintomatologia. Os resultados do presente estudo vão de encontro a um estudo de Clément *et al.* (2019) sobre a eficácia das experiências comportamentais na CBT para a Perturbação de Ansiedade Social. O mesmo conclui que *BEs (Behavioral Experiments)* são uma técnica importante que deve ser integrada com maior frequência nos protocolos de tratamento da Terapia Cognitivo Comportamental devido à sua elevada eficácia se for implementada com a devida preparação por parte dos psicólogos.

Limitações e Futuras investigações

A principal limitação deste estudo é o tamanho da amostra que pode comprometer a generalização dos resultados. Não foi possível aleatorizar o número de sessões da *baseline*, o que não permitiu obter um maior controlo sobre a tendência e a estabilidade dos valores apresentados pelos participantes nesta fase (Tanious *et al.*, 2019). Uma outra

limitação foi a utilização exclusiva de medidas de autorrelato que podem comprometer a fiabilidade dos resultados. Por último, a utilização de somente 1 sessão de follow-up que não permitiu a verificação do efeito da experiência comportamental a longo prazo e desta forma não foi possível concluir sobre o efeito da intervenção no momento BFU.

Futuras investigações poderão replicar este estudo numa amostra maior para se verificar a consistência e a confiabilidade dos resultados. Num estudo mais extenso com mais experiências comportamentais poderia também ser necessário o trabalho cognitivo com outras crenças individualmente como realizado no presente estudo, por exemplo “Tenho de causar boa impressão” e “Não sei o que hei de dizer” visto que se verificou neste estudo nas respostas aos questionários online na EAESDIS que são as crenças com mais respostas de máximo.

É também proposto para futuros estudos testarem pacotes de tratamento ou outras técnicas individuais através desta metodologia visto que apresentou bastante informação detalhada acerca da sua implementação. A metodologia de caso único por trabalhar com amostra pequena (N=1) permite que a intervenção seja adaptada às necessidades individuais do participante. Desta forma, a vantagem da metodologia de caso único surge através das medidas repetidas realizadas ao longo das fases do estudo e não a partir do número de participantes pois permite que a investigação seja mais aprofundada sobre os efeitos mediadores da intervenção e dos sujeitos em estudo. Um outro ponto benéfico na metodologia de caso único é que é possível detetar mais facilmente, em comparação com estudos de grupo, a existência de variáveis que podem estar a afetar o efeito da intervenção (ex: cansaço, dor, etc.) pois o contacto com o participante é maior (Krasny-Pacini *et al.*, 2018).

Por último, uma sugestão para futuros estudos visto que foi uma limitação deste estudo, seria a personalização da intervenção visto que, tal como observado neste estudo,

alguns participantes como o João, iriam beneficiar de momentos de intervenção mais personalizados e adaptados ao nível de grau de crença e ansiedade experimentados. Seria também relevante o uso em estudos futuros de uma medida psicofisiológica para a ansiedade que permitisse perceber a discrepância entre a desejabilidade social dos participantes quando cotarem nas escalas análogo-visuais a variável da ansiedade e o que realmente sentem no momento.

Conclusões

As conclusões mais relevantes deste estudo são: (1) a utilidade e aceitabilidade que o mesmo teve para quem experimentou a experiência, embora em níveis diferentes; (2) o efeito elevado da experiência no momento AB na redução da ansiedade, crença e comportamentos de segurança em todos os participantes; (3) a psicoeducação e diálogo cognitivo implementados na sessão de manipulação experimental tiveram elevada eficácia na redução significativa dos comportamentos de segurança em todos os participantes; (4) a experiência teve um maior efeito nos participantes que experimentaram níveis médios iniciais de ansiedade e crença em comparação com os participantes que experimentaram níveis mais elevados iniciais e (4) houve um efeito mais elevado na redução das variáveis (ansiedade e crença) durante as sessões em comparação com as variáveis antes das sessões.

9. Referências Bibliográficas

Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Barahona, Correa, B., Gago, J., Talina, M., & Silva, J.(2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1º relatório*. Word Mental Health Surveys Initiative.

Baptista, T. & Neto, D.(2022).*Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Perturbação e Grupos Específicos*.(1ª ed). Edições Sílabo, Lda

Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Ziv, M., Heimberg, R., & Gross, J.(2014). Emotion beliefs in social anxiety disorder: Associations with stress, anxiety, and well-being. *Australian journal of Psychology*, volume (2),139-148. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12053>

Clark, D., & Leigh, E.(2018). *Cognitive Therapy For Social Anxiety Disorder In Adolescents*.(1ª ed.).CT-SAD-A Manual. <https://doi.org/10.1017/s1352465815000715>

Clark, D., & Leigh, E.(2018). Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells. *Clinical Child and Family Psychology Review*. volume(21),388–414. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0258-5>

Clément, C., Lin, J., & Stangier, U.(2019). Efficacy of Behavioral Experiments in Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3905-3>

Dalrymple, K., & Zimmerman, M.(2009). Screening for Social Fears and Social Anxiety Disorder in Psychiatric Outpatients.*Compr Psychiatry*.volume(4),399–406.doi: 10.1016/j.comppsy.2008.01.009.

Donohue, H., Modini, M., & Abbott, M.(2024). Psychological interventions for pre-event and post-event rumination in social anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, volume (102). <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102823>

Glymour, M., Weauve, J., Berkman, L., Kawachi, I., & Robins, J.(2005). When Is Baseline Adjustment Useful in Analyses of Change? An Example with Education and Cognitive Change. *American Journal of Epidemiology*, volume (162).267-278. <https://doi.org/10.1093/aje/kwi187>

Heimberg, R. (2022). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. In T. R. Insel & B. N. Cuthbert (Eds.), *Biological Psychiatry*, 101–108. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01183-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01183-0)

Jamshidia, L., Heyvaerta, M., Declercq, L., Castillaa, B., Ferron, J., Moeyaertd, M., Beretvase, N., Onghena, P., & Noortgatea, W.(2018). Methodological quality of meta-analyses of single-case experimental studies. *Research in Develonmental Disabilities*. volume (79),97-115. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.12.016>

Jane Nikles, J., Onghena, P., Vlaeyen, J., Wicksell, R., Simons, L., McGree, J., & McDonald, S.(2021). Establishment of an International Collaborative Network for N-of-1 Trials and Single-Case Designs. *Contemporary Clinical Trials Communications*. Volume (23). <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100826>

Kazdin, A.(2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, volume 117, p.3-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>

Kim, E.(2005). *The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics*. *Jornal of Anxiety Disorders*, volume (19), p.69-86. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.11.002>

Krasny-Pacini, A., & Evans, J.(2018). Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation: A practical guide. *Annals of Physycal and Rehabilitation Medicine*, volume (63), p.164-179 <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.12.002>

Loureiro, J., & L.,Gameiro, H.(2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística [Critical interpretation of statistical results: beyond statistical significance Interpretación crítica de resultados estadísticos: mas allá de la significancia estatística]. *Revista de Enfermagem*, volume (3), p.151-162. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239962009.pdf>

McManus, F., Clark, D., Grey, N., Wild, J., Hirsch, C., Fennell, M., Hackmann, A., Waddington, L., Liness, S., & Manley, J. (2009). A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, volume (23), p.496-503. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.10.010>

McMillan, D., & Lee, R.(2010). A systematic review of behavioral experiments vs. exposure alone in the treatment of anxiety disorders: A case of exposure while wearing the emperor's new clothes?. *Clinical Psychology Review*. volume (30),467–478. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.003>

Morina, N., Seidemann, J., Andor, T., Sodern, L., Burker, P., Drenckhan, I., & Buhlmann, U. (2022). The effectiveness of cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder in routine clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Volume (30),335–343. <https://doi.org/10.1002/cpp.2799>

Ollendick, T., & Hirshfeld-Becker, D.(2002). The Developmental Psychopathology of Social Anxiety Disorder. *Society of Biological Psychiatry*.volume (1), 44-58 [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01305-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01305-1)

Peters, L. (2000). Discriminant validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI), the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Behavior Research and Therapy*, volume (9), 943-950. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00131-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00131-X)

Piccirillo, M., Dryman, M., & Heimberg, R.(2016).Safety Behaviors in Adults With Social Anxiety: Review and Future Directions.*Science*.47(5), 675-689. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.11.005>

Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (2000). Um Protocolo para a Avaliação Clínica da Fobia Social através de Questionários de Auto-resposta. In J. P. Gouveia (Ed.), *Ansiedade Social: da Timidez à Fobia Social* (pp. 237-258). Coimbra: Quarteto.

Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., & Salvador, M. C. (2003). Assessment of social phobia by selfreport questionnaires: the social interaction and performance anxiety and avoidance 37 scale and the social phobia safety behaviours scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, volume (31), 291–311. doi: 10.1017.

Pustejovsky, J. E., Chen, M., Hamilton, B., & Grekov, P. (2023). *Between-case standardized mean difference estimator (Version 0.7.2)*. [Web application]. <https://jepusto.shinyapps.io/scdhlm>

Ran, G., Li, J., Zhang, Q., & Niu, X. (2022). The association between social anxiety and mobile phone addiction: A three-level meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, volume (103). <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107198>

Renner, K.A., Valentiner, D.P. & Holzman, J.B. (2017). Focus-of-attention behavioral experiments: an examination of a therapeutic procedure to reduce a social anxiety. *Cognitive Behavioral Therapy*, Volume 46 (1), p.60-74. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2016.1225814>

Rumen., Gast, D., Perdices, M., & Evans, J. (2014). *Single-case experimental designs: Reflections on conduct and analysis*. *Neuropsychological Rehabilitation*, volume (24), p.634-660. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.903199>

Salkovskis, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, volume (19), 6–19. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/S0141347300011472>

Schwartz, R., Chambless, D., McCarthy, K., Milrod, B., & Barber, J. (2018). Client resistance predicts outcomes in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, volume (29), 1020-1032. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1504174>

Stein, M. (29 C.E.). Social anxiety disorder .Review of *Social anxiety disorder.Seminar*, volume(371), 1115–1125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)

Tanius, R., De, T., Michiels, B., Noortage, W., & Onghena, P. (2019). Assessing Consistency in Single-Case A-B-A-B Phase Designs. *Behavior Modification*, volume (4), 518-551. <https://doi.org/10.1177/0145445519837726>

Wong, Q., & Heeren, A. (2021). Understanding the Dynamic Interaction of Maladaptive Social-Evaluative Beliefs and Social Anxiety: A Latent Change Score Model Approach. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 1164–1179. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10219-3>

Yin, R., (1994). *Case study research: Design and methods* (2nd ed.). Beverly Hills, CA: Sage Publishing.

10. Anexos

Anexo A

Tabela 1

Frequência e percentagem de respostas no nível máximo na EPAAS

Cognição Social	Ordem de frequência	Média dos níveis de resposta	Frequência de máximo	Percentagem de máximo (%)
Tenho de causar boa impressão	1	2,68	18	22,5%
Não sei o que hei de dizer	2	2,38	15	18,7%
Tenho de me acalmar	3	2,61	14	17,5%
Tenho de prestar atenção ao que digo	4	2,54	14	17,5%
É melhor calar-me antes que diga asneira	5	2,23	11	13,17%
Vou bloquear	6	2,23	11	13,7%
Tenho de dizer alguma coisa interessante	7	2,23	11	12,5%
Vão todos olhar para mim	8	2,28	10	12,5%
Vou corar	9	2,24	10	12,5%
Vão achar que sou inseguro(a)	10	2,14	9	11,2%
Vou ser o centro das atenções	11	2,08	9	11,2%
Vou ficar embaraçado(a)	12	2,36	9	11,2%
Vou fazer figura de parvo(a)	13	2,13	7	8,7%

Vão notar que não me sinto à vontade	14	2,09	7	8,7%
Vão gozar comigo	15	1,98	7	8,7%
Vão notar que a minha voz está a tremer	16	1,91	7	8,7%
Vou gaguejar	17	1,75	7	8,7%
Não vou dizer nada de jeito	18	2,43	6	7,5%
Vão reparar que não percebo nada deste assunto	19	2,06	6	7,5%
Vão pensar que sou idiota	20	2,01	6	7,5%
Vou fazer figura ridícula	21	1,90	6	7,5%
Não estou a ser natural	22	1,88	6	7,5%
Vão notar que estou tenso	23	2,14	5	6,2%
Vou tremer	24	1,93	4	5%
Vão achar que sou insignificante	25	1,63	4	5%
Vão achar que só digo banalidades	26	1,80	3	3,7%
Vão notar que estou a suar	27	1,55	3	3,7%

Anexo B- Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Idade: _____

Sexo: Feminino:____Masculino:_____

Nacionalidade:_____

Naturalidade: _____

Situação Profissional:

Empregado(a) a tempo inteiro:_____

Empregado(a) a tempo parcial:_____

Reformado(a):_____

Desempregado(a):_____

Estudante a tempo inteiro:_____

Estudante trabalhador:_____

Doméstico:_____

Outra:_____

Qual?_____

Tem algum diagnóstico de Perturbação Psicopatológica:

Sim:____Não: _____

Se sim, qual?_____

Anexo C- Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS)

Segue-se uma lista de situações em que as pessoas podem evitar sentir desconforto e mal-estar, o que pode levar ao evitamento dessas situações. Assinale o grau de desconforto ou ansiedade e o grau de evitamento que cada uma das situações assinaladas lhe provoca, utilizando a escala de resposta de um a quatro, abaixo indicada.

Aponte nas linhas em branco outras situações que lhe causam desconforto ou que evite, mas que não estejam mencionadas.

Se nunca se confrontou com algumas das situações apresentadas, imagine o desconforto que sentiria se tivesse de o fazer.

	Desc/Ansiedade 1=Nenhum 2=Ligeiro 3= Médio 4= Severo	Evitamento 1=Nunca 2=Às vezes 3= Muitas Vezes 4= Quase sempre
1. Participar numa atividade de grupo		
2. Comer em público		
3. Beber num local público		
4. Representar, agir ou falar perante uma audiência		
5. Ir a uma festa		
6. Trabalhar enquanto se está a ser observado/a		
7. Escrever enquanto se está a ser observado		
8. Telefonar a alguém que não conhece bem		
9. Falar com alguém que não conhece bem		

10. Encontrar-se com estranhos/desconhecidos		
11. Urinar num W.C público		
12. Entrar numa sala onde os outros já estão sentados		
13. Ser o centro das atenções		
14. Levantar-se e fazer um pequeno discurso, sem preparação prévia, numa festa		
15. Fazer um teste às suas capacidades, competências ou conhecimentos		
16. Expressar desacordo ou reprovação a alguém que não se conhece muito bem		
17. Olhar diretamente nos olhos de alguém que não se conhece muito bem		
18. Apresentar oralmente um trabalho		
19. Tentar convencer alguém para um relacionamento romântico/sexual (cortejar)		
20. Desenvolver um artigo e obter o reembolso		
21. Dar uma festa		
22. Resistir à pressão elevada de um vendedor		

23. Ir a uma entrevista de emprego		
24. Pedir uma informação a uma pessoa desconhecida (ex: perguntar as horas)		
25. Juntar-se, numa mesa de café, a um grupo de colegas que não se conhece bem		
26. Pedir um favor a outra pessoa		
27. Falar com uma pessoa que admire		
28. Numa festa, participar em jogos e/ou danças		
29. Convidar alguém para sair pela primeira vez		
30. Aproximação do empregado quando se entrou numa loja só para ver		
31. Conversar com pessoas do sexo opostos		
32. Aceitar um elogio		
33. Participar num encontro com pessoas de culturas diferentes		
34. Ir a uma discoteca com um(a) amigo(a)		
35. Pedir a outra pessoa que mude de comportamento que nos desagrada		

36. Ser chamado ao gabinete do chefe ou professor		
37. Falar com alguém uma língua estrangeira que não se domine bem		
38. Fazer um exame oral		
39. Queixar-se quando alguém tenta passar à sua frente numa fila		
40. Ser chamado para “ir ao quadro”		
41. Tomar iniciativa de colocar uma questão ou pedir um esclarecimento numa aula ou reunião		
42. Responder a uma questão colocada pelo professor no meio da aula		
43. Falar com pessoas numa condição sócio-cultural superior		

Anexo D-Entrevista Estruturada do DSM-5 de Perturbação de Ansiedade Social

- Numa ou mais situação(s) social, em que está sob escrutínio dos outros, sente medo ou ansiedade marcados? Os exemplos incluem interações sociais (como uma conversa, encontro com pessoas desconhecidas), ser observado (como a comer ou a beber) e em situações de desempenho perante os outros (como falar em público). Se sim, em que situações específicas?

- Comportar-se ou mostrar sintomas de ansiedade que possam ser avaliados negativamente pelos outros, causa-lhe medo? (Sintomas ou comportamentos que considere humilhantes ou embaraçosos, que levem à rejeição ou ofensa dos outros).

- As situações sociais provocam-lhe quase sempre medo ou ansiedade?

- Numa ou mais situação(s) social, em que está sob escrutínio dos outros, sente medo ou ansiedade marcados? Os exemplos incluem interações sociais (como uma conversa, encontro com pessoas desconhecidas), ser observado (como a comer ou a beber) e em situações de desempenho perante os outros (como falar em público). Se sim, em que situações específicas?

- Comportar-se ou mostrar sintomas de ansiedade que possam ser avaliados negativamente pelos outros, causa-lhe medo? (Sintomas ou comportamentos que considere humilhantes ou embaraçosos, que levem à rejeição ou ofensa dos outros).

- As situações sociais provocam-lhe quase sempre medo ou ansiedade?

- Costuma evitar situações sociais? Ou quando as enfrenta apresenta um intenso medo ou ansiedade?

- Considera que o medo ou ansiedade que sente são desproporcionais relativamente ao perigo real que as situações sociais pressupõem e ao contexto sociocultural?

- O medo, a ansiedade ou o evitamento das situações sociais são persistentes, com uma duração típica de 6 ou mais meses?

- O medo, ansiedade ou evitamento das situações sociais causam mal-estar significativo ou um défice social, escolar, ocupacional ou noutras áreas importantes do seu funcionamento?

- O medo, a ansiedade ou o evitamento das situações sociais não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou a outra condição médica?

Anexo E- Escala de Pensamentos Automáticos na Ansiedade Social (EPAAS)

Segue-se uma lista de pensamentos que por vezes as pessoas têm nas situações sociais anteriormente indicadas. Por favor, avalie em relação às situações que lhe provocam desconforto, a frequência com que tem esses pensamentos. Dado que as pessoas têm o mesmo tipo de pensamento numa forma ligeiramente diferente, pode relembrar o pensamento de forma que se ajuste a si.

Pensamentos	Frequência 0= Nunca 1= Às vezes (1-33%) 2= Muitas vezes (34-67%) 3= Quase sempre (68-100%)
1. Não vou dizer nada de jeito	
2. Vou ficar embaraçado(a)	
3. Tenho de me acalmar	
4. Tenho que prestar atenção ao que digo	
5. Tenho que dizer alguma coisa interessante	
6. Vão pensar que sou idiota	
7. Tenho de causar boa impressão	
8. Vão notar que estou contraído(a)/tenso(a)	
9. É melhor calar-me antes que diga asneira	
10. A minha voz está a tremer	
11. Vou gaguejar	
12. Vou fazer figura de parvo(a)	
13. Vou ser o centro das atenções	
14. Não estou a ser natural	
15. Vou tremer	
16. Vão achar que só digo banalidades	

17. Vão notar que estou a suar	
18. Vou fazer figura ridícula	
19. Vou ficar embaraçado(a)	
20. Vão achar que sou inseguro	
21. Vou bloquear	
22. Não sei o que hei-de dizer	
23. Vou corar	
24. Vão notar que não me sinto à vontade	
25. Vão-me gozar	
26. Vão achar que sou insignificante	
27. Está toda a gente a olhar para mim	
28. Vão reparar que não percebo nada deste assunto	

Anexo F- Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social (ECSAS)

Em baixo, está indicada uma lista de comportamentos que frequentemente as pessoas utilizam em situações que lhes são desconfortáveis. Estes comportamentos, habitualmente designados de comportamentos de segurança, representam formas de as pessoas diminuírem ou evitarem as consequências receadas em algumas situações e variam muito de pessoa para pessoa.

Por favor avalie a frequência com que utiliza esses comportamentos nas situações sociais que lhe provocam desconforto.

É possível que você utilize alguns comportamentos que não estejam nesta lista. Caso isso aconteça, escreva-os nas linhas em branco e avalie a frequência com que recorre a eles quando fica ansioso numa situação social

Comportamentos de Segurança	Frequência 1. Nunca (0%) 2. Às vezes (1-33%) 3. Muitas vezes (34-67%) 4. Quase sempre (68-100%)
1. Desviar ou evitar o olhar da pessoa com quem está a interagir	
2. Acelerar o discurso, falando rapidamente e sem pausas	
3. Encurtar o discurso, reduzindo ao mínimo o que se tem para dizer	
4. Evitar atrair as atenções	
5. Ficar sentado(a) no lugar mais escondido ou mais atrás possível	
6. Fingir desinteresse ou distanciamento do que se está a passar	
7. Limitar-se a ser um(a) espectador(a) passivo(a) da situação	
8. Fingir que não se viu uma pessoa	
9. Andar a olhar para chão	
10. Pôr as mãos nos bolsos	
11. Parar de fazer o que estava a fazer (ex: escrever, beber, etc.) quando me sinto observado(a)	
12. Tentar parecer à vontade	
13. Rir para esconder que estou nervoso(a)	
14. Verificar, repetidamente, se estou apresentável	
15. Aumentar a distância entre mim e o interlocutor	

16. Tentar disfarçar o meu tremor	
17. Pensar bem no que vou dizer	

Anexo G- Questionário de Cognitiones Sociais

Abaixo estão listados alguns pensamentos que passam pela cabeça das pessoas quando estão nervosas ou com medo. Indique, no lado **ESQUERDO** do formulário, quantas vezes na última semana cada pensamento ocorreu; avalie cada pensamento de 1 a 5 usando a seguinte escala:

1. O pensamento nunca ocorre.
2. O pensamento raramente ocorre.
3. O pensamento ocorre durante metade das vezes em que estou nervoso.
4. O pensamento geralmente ocorre.
5. O pensamento sempre ocorre quando estou nervoso.

_____ Eu vou ser incapaz de falar _____

_____ Eu sou pouco simpático _____

_____ Vou tremer ou tremer incontrolavelmente _____

_____ As pessoas vão olhar para mim _____

_____ Eu sou tolo(a) _____

_____ As pessoas vão me rejeitar _____

_____ Vou ficar paralisado de medo _____

_____ Vou deixar cair ou derramar coisas _____

_____ Eu vou ficar doente _____

_____ Eu sou inadequado(a) _____

_____ Vou balbuciar ou falar engasgado _____

_____ Eu sou inferior _____

_____ Vou ser incapaz de me concentrar _____

_____ Não vou conseguir escrever bem _____

_____As pessoas não estão interessadas por mim _____

_____As pessoas não vão gostar de mim _____

_____Eu sou vulnerável _____

_____Vou suar/transpirar _____

_____Eu estou a ficar vermelho(a)_____

_____Eu sou estranho(a)/diferente _____

_____As pessoas vão ver que estou nervoso(a)_____

_____As pessoas pensam que sou chato(a) _____

Outro(s) pensamento(s) não listado(s) (por favor, especifique):

Quando se sente ansioso(a), em que medida acredita que cada pensamento é verdadeiro?
Por favor, avalie cada pensamento escolhendo um número da escala abaixo, e coloque o número que se aplica na linha pontilhada no lado **DIREITO do formulário**.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Eu não										Eu acredito
acredito neste										totalmente neste
pensamento										pensamento

Anexo H- Experiência Comportamental

A experiência comportamental realizada na sessão 6 de manipulação experimental foi baseada em Clark e Leigh (2019) e consistiu no diálogo cognitivo entre o investigador e os participantes, individualmente, que tem como objetivo consciencializar sobre a utilização dos comportamentos de segurança como fator de manutenção da sintomatologia de ansiedade social, a atenção autocentrada, a sintomatologia fisiológica da ansiedade, e as crenças e pensamentos negativos, entre outros. A consciencialização do participante acerca dos conceitos anteriormente descritos ajuda a que perceba o que está a perpetuar a sua sintomatologia e o que necessita de fazer para desconfirmar as suas crenças e consequentemente a ansiedade.

Anexo I – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Termos e Condições Gerais de Privacidade de Dados

O meu nome é Filipa Santos Correia, sou aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, com sede em Campus da Penha, 8005 139, Faro, Portugal, telefone +351289800100.

No âmbito da minha Dissertação de mestrado, estou a realizar uma investigação com o objetivo de estudar efeitos de uma experiência comportamental na redução de crenças de avaliação negativa na Perturbação de Ansiedade Social. A promoção do projeto será realizada através da plataforma Microsoft forms, na qual se estruturou um formulário que será divulgado online. A presente investigação é realizada sob orientação da professora doutora Antónia Ros, docente na Universidade do Algarve.

Venho solicitar a sua participação neste estudo visto que poderá contribuir para o aumento de conhecimento científico na área da Perturbação de Ansiedade Social. Os dados pessoais previstos a tratamento no âmbito do projeto “Efeitos de uma experiência comportamental na redução de crenças de avaliação negativa na Perturbação de Ansiedade Social” são: Nomeadamente, idade, género, nacionalidade, condição profissional, presença de possível diagnóstico de perturbação psicopatológica e contacto pessoal. **É de salientar que os seus dados serão mantidos na mais restrita confidencialidade.** Se preencher as condições que procuramos para este estudo exploratório que queremos realizar, será contactado(a).

O que me poderá ser pedido para participar no estudo?

- Preenchimento de um formulário online (cerca de 20 minutos);
- No caso de ser selecionado: (1) que participe numa entrevista com o investigador e orientador e (2) que participe numa experiência comportamental para a redução da ansiedade social, durante 12 sessões.

Para tal, pedimos a sua autorização para colaborar neste estudo, com base no seguinte:

Compreendo que:

- A minha participação neste estudo implica aceitar realizar os pontos referidos anteriormente;
- A minha participação neste estudo é inteiramente voluntária;
- Posso recusar-me a participar neste estudo, ou retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga quaisquer prejuízos ou consequências negativas.

Compreendo ainda que toda a informação obtida neste estudo será confidencial e que os dados recolhidos não serão utilizados para outros fins além da investigação em causa, com um período de retenção dos dados sendo o mínimo necessário para a realização do projeto, e sendo o seu tratamento realizado nos termos e condições da Política de Proteção de Dados que se encontra acessível em www.ualg.pt.

Se necessitar de algum esclarecimento adicional em relação à participação ou ao preenchimento do questionário, é favor contactar pelo email a68342@ualg.pt.

Eu aceito os termos e as condições acima descritos. Da mesma forma, como titular de dados, aceito as condições gerais e os termos das Políticas de Proteção de Dados da Universidade do Algarve.

Eu _____, fui informado(a) dos objetivos do estudo de maneira clara e detalhada. Deste modo, declaro que aceito participar num projeto sobre “Efeitos de uma Experiência Comportamental na redução de crenças de avaliação negativa na Perturbação de Ansiedade Social”.

Contacto: _____

Consentimento para Tratamento de Dados

Autorizo expressamente o tratamento dos dados pessoais pela Universidade do Algarve, para efeitos da participação no projeto “Efeitos de uma experiência comportamental na redução de crenças de avaliação negativa na Perturbação de Ansiedade Social” de acordo com os termos de informação sobre tratamento de dados e a Política de Proteção de Dados que se encontram disponíveis em www.ualg.pt . Estou consciente de que posso retirar o consentimento ou exercer os direitos de proteção de dados, designadamente os direitos de reclamação, acesso, retificação, oposição, limitação do tratamento ou apagamento, através de contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da Universidade do Algarve pelo correio eletrónico rgpd@ualg.pt, e caso assim o considere necessário, apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, através dos contatos disponíveis em www.cnpd.pt.

Titular de Dados: _____

Data: _____

Anexo J- Consentimento Informado para filmagem

Consentimento Informado

Termos e Condições Gerais de Privacidade de Dados

O meu nome é Filipa Santos Correia, sou aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, com sede em Campus da Penha, 8005 139, Faro, Portugal, telefone +351289800100.

No âmbito da minha Dissertação de mestrado, estou a realizar uma investigação com o objetivo de estudar efeitos de uma experiência comportamental na redução de crenças de avaliação negativa na Perturbação de Ansiedade Social, a qual se voluntariou para participar. Neste estudo será necessário a utilização de uma câmara de filmar durante cada sessão para que, posteriormente, possa discriminar os dados dos comportamentos de segurança (duração, frequência e tipo) com maior rigor.

Venho solicitar a sua participação neste estudo sob as condições propostas visto que poderá contribuir para o aumento de conhecimento científico na área da Perturbação de Ansiedade Social.

Para tal, pedimos a sua autorização para colaborar neste estudo, com base no seguinte:

Compreendo que:

- A minha participação neste estudo implica aceitar a utilização de uma câmara de filmar durante todas as sessões;
- A minha participação neste estudo é inteiramente voluntária;
- Posso recusar-me a participar neste estudo, ou retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga quaisquer prejuízos ou consequências negativas.

Compreendo ainda que toda a informação obtida neste estudo será confidencial e que os dados recolhidos não serão utilizados para outros fins além da investigação

em causa, com um período de retenção dos dados sendo o mínimo necessário para a realização do projeto, e sendo o seu tratamento realizado nos termos e condições da Política de Proteção de Dados que se encontra acessível em www.ualg.pt.

Se necessitar de algum esclarecimento adicional em relação à sua participação neste estudo, é favor contactar pelo email a68342@ualg.pt.

Eu aceito os termos e as condições acima descritos. Da mesma forma, como titular de dados, aceito as condições gerais e os termos das Políticas de Proteção de Dados da Universidade do Algarve.

Eu _____, fui informado(a) de maneira clara e detalhada. Deste modo, declaro que aceito participar num projeto sobre “Efeitos de uma Experiência Comportamental na redução de crenças de avaliação negativa na Perturbação de Ansiedade Social” com a utilização de uma câmara de filmar em todas as sessões.

Anexo K- Escala análogo visual antes das sessões

Por favor, indique-nos numa escala de 0 a 100 o grau que sente ou pensa nas seguintes situações:

1. Qual o nível de ansiedade que pensa que sentirá por ficar num bar/café, durante 10 minutos?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Nenhuma ansiedade		Pouca ansiedade		Alguma ansiedade			Muita ansiedade		Um nível de ansiedade extremo	

2. Quando estiver no bar/café, em que medida acredita que os outros vão olhar para si?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Não acredito	Acredito com pouca intensidade		Acredito com alguma intensidade			Acredito com intensidade		Acredito com muita intensidade		

3. Qual o nível de ansiedade que sentiria se tiver de ser filmado durante 10 minutos, enquanto está num bar/café?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Nenhuma ansiedade	Um pouco de ansiedade		Alguma ansiedade			Muita ansiedade		Um nível de ansiedade extremo		

Anexo L- Escala análogo visual depois das sessões

Por favor, indique-nos numa escala de 0 a 100 o grau que sente ou pensa nas seguintes situações:

1. Qual o nível de ansiedade que sentiu enquanto esteve num bar/café, durante 10 minutos?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Não senti ansiedade		Pouca ansiedade		Alguma ansiedade			Muita ansiedade		Um nível de ansiedade extremo	

2. Em que medida acredita que as pessoas olharam para si enquanto esteve num bar/café, durante 10 minutos?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Não acredito		Acredito com pouca intensidade		Acredito com alguma intensidade			Acredito com intensidade		Acredito com muita intensidade	

3. Qual o nível de ansiedade que sentiu por ter sido filmado, durante 10 minutos, enquanto esteve num bar/café?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Nenhuma ansiedade		Um pouco de ansiedade		Alguma ansiedade			Muita ansiedade		Um nível de ansiedade extremo	

Anexo M- Protocolo da Preparação Cognitiva

Sessão 6

Manipulação Experimental- Num bar/café

Para além da ansiedade também queremos avaliar os seus comportamentos de segurança. Vou explicar agora mais detalhadamente para perceber melhor o que acontece consigo. Quando temos pensamentos catastróficos sobre algo (por exemplo: vou fazer figura de parvo ou vai toda a gente olhar para mim) os nossos níveis de ansiedade aumentam. Todos sentimos a ansiedade de forma diferente, no seu caso..

O que costuma sentir? Em que parte do seu corpo costuma sentir a ansiedade?

Sente sintomas fisiológicos (ex: sudorese, taquicardia, tremores, rubor facial, etc.) pois o seu corpo começa a produzir uma hormona chamada cortisol. Quando o cortisol está em grandes quantidades no organismo, o nosso corpo percebe que está em perigo. Quando estamos em perigo, costumamos reagir de maneiras diferentes. No seu caso...

O que costuma fazer quando se sente em perigo?

A resposta inata do ser humano quando se sente em perigo é de fugir ou enfrentar defendendo-se, devido ao efeito do cortisol. Isto é quando uma pessoa com ansiedade social tem esses pensamentos catastrofistas mesmo sem estar num contexto social, a sua vontade (por ter essa sensação de ansiedade e perigo) é de evitar ou fugir a esse contexto. No entanto, nem sempre é possível evitar ou fugir das situações sociais e quando se é obrigado a enfrentar, a ansiedade e o medo aumentam, bem como esses pensamentos negativos pois percebemos aquele ambiente social como ameaçador/perigoso (por exemplo: ter de interagir com alguém desconhecido, permanecer sozinhos no bar).

Como costuma comportar-se quando não pode evitar ou fugir das situações sociais?

A tendência das pessoas com ansiedade social quando estão em situações sociais é recorrerem a comportamentos de segurança. Os comportamentos de segurança, tal como nome indica são comportamentos que uma pessoa que tem ansiedade social adota de forma consciente ou inconsciente para se proteger enquanto está exposto a uma situação social. Os comportamentos de segurança ajudam a diminuir, a curto prazo a ansiedade sentida.

O que acha que acontece a médio prazo ou a longo prazo?

Os comportamentos de segurança são considerados um fator de manutenção dos sintomas porque a pessoa associa o sucesso de enfrentamento da situação social à utilização dos comportamentos (exemplo: evitar o contacto visual). A médio ou longo prazo a ansiedade vai aumentar pois a pessoa com ansiedade social não irá enfrentar uma situação social sem a utilização desses comportamentos de segurança.

Agora gostaria de lhe perguntar se consegue identificar alguns dos comportamentos de segurança que acha que tenha utilizado nas últimas 5 sessões, enquanto esteve no bar/café, durante 10 minutos?

Como referi anteriormente, os comportamentos de segurança são um fator de manutenção da sintomatologia de ansiedade social porque as pessoas com ansiedade social vão atribuir o sucesso do enfrentamento da situação social à utilização dos comportamentos de segurança. Desta forma, sem a eliminação dos comportamentos de segurança não é possível reestruturar as crenças disfuncionais relativas à

ansiedade social (exemplo: vão todos olhar para mim). Se as crenças persistirem, consequentemente a sintomatologia irá persistir também.

Percebe a importância da consciencialização dos comportamentos de segurança que utiliza e a sua redução/eliminação?

Para cada comportamento de segurança que referiu anteriormente, peço-lhe que me indique qual o nível de ansiedade que sentiria se não o utilizasse enquanto está num café/bar?

Se não utilizasse os seus comportamentos de segurança como acha que os outros o(a) iriam percecionar?

Agora peço-lhe que foque a sua atenção em si mesmo(a).

O que sente neste momento?

Numa escala de 0-100, qual o nível de ansiedade que sente neste momento?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Nenhuma ansiedade		Pouca ansiedade			Alguma ansiedade			Muita ansiedade	116	Um nível extremo de ansiedade

Neste momento como acha que está a parecer para os outros? Tem uma imagem clara na sua mente de como se parece neste momento?

Numa escala de 0-100 o quão acredita, neste momento, que os outros estão a olhar para si?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Não acredito	Acredito com pouca intensidade			Acredito com alguma intensidade			Acredito com intensidade			Acredito com muita intensidade

As pessoas com ansiedade social têm a sua atenção autocentrada, o seu foco é o que estão a sentir e percecionam o exterior também como centrado nelas próprias, o que aumenta a sensação de desconforto e perigo. A atenção autocentrada não permite que percecionem o ambiente envolvente com o perigo real que a situação social remete, fazendo com que as pessoas com ansiedade social sofram de forma antecipada e construam os seus pensamentos de forma irrealista (exemplo: ter a sensação que os outros estão a olhar para nós constantemente e a julgar). Agora peço-lhe que foque a sua atenção nas pessoas à sua volta. Olhe pelo canto do olho ou se sentir mais confortável olhe à sua volta sem ser pelo canto do olho.

Qual é a sua sensação?

Existe um conceito que se denomina de olhar de falcão, o que lhe permite observar o seu contexto envolvente de cima e assim perceber realmente, de uma forma geral, o que estão as outras pessoas a fazer e se estão focadas em si. Vamos agora levantarmo-nos os(as) dois/duas e vamos observar as pessoas.

Deixar em silêncio que o participante observe o ambiente à sua volta.

O que estão as pessoas à sua volta a fazer? Alguém estava a olhar para si?

Quando estamos num ambiente social costumamos observar o ambiente à nossa volta, e por vezes, acabamos por descansar o olhar num determinado sítio. O descanso do olhar é necessário porque estar constantemente com os olhos em movimento torna-se cansativo. Quando descansamos o olhar pode ser porque estamos envolvidos nos nossos pensamentos e não prestamos atenção para onde realmente estamos a olhar, ou geralmente descansamos o olhar em locais ou pessoas que achamos interessantes, confortáveis ou que nos chamam à atenção. Nem sempre quando olhamos para alguém estamos a fazer julgamentos ou a reparar pormenorizadamente nos seus detalhes.

Acha que o facto de olharem para si significa que estão o(a) estão a avaliar de forma negativa? O que será preciso acontecer no comportamento da outra pessoa quando está a olhar para nós para que saibamos que nos está a julgar? Um olhar fixo? Será suficiente?

O que pode significar um olhar fixo? Para que se dê um julgamento será necessário um olhar fixo e mais o que? Uma determinada expressão facial?

Peço-lhe agora que olhe à sua volta e tente o seu olhar vaguear até que ele resolva descansar. Eu vou fazer o mesmo...deixe o seu olhar vaguear até ele pousar.

Descansar ambos o olhar em silêncio.

Onde descansou o seu olhar? (Se for numa pessoa perguntar porque acha que descansou o olhar nessa pessoa?)

Explicar onde descansei o meu olhar para o participante.

Pode acontecer algumas pessoas olharem para nós fixamente. No caso de notar que alguém está a olhar fixamente para si, na sua opinião, quais serão os motivos?

Agora, peço-lhe que observe à sua volta e se alguém estiver a olhar fixamente tente não desviar o olhar. Em silêncio deixar que o(a) participante olhe à volta.

Havia pessoas a olhar para si de forma sustentada sem desviar o olhar?

Volto a lembrar o que lhe disse anteriormente, olhar é cansativo...geralmente olhamos para pessoas interessantes ou desinteressantes? Costuma ser mais interessante observar as pessoas à nossa volta do que olhar para uma parede ou para o chão, no entanto, por vezes podemos até olhar para outras pessoas de forma distraída.

O que acha que esta experiência nos diz acerca da veracidade dos sentimentos e pensamentos que tem sobre situações sociais?

O que acha que irá acontecer, se o deixar sozinho durante 10 minutos, neste café/bar e não utilizar os seus comportamentos de segurança?

Qual o nível de ansiedade que pensa que sentirá por ficar num bar/café, durante 10 minutos?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Não sinto ansiedade		Pouca de ansiedade		Alguma ansiedade				Muita ansiedade		Um nível extremo de ansiedade

Em que medida acredita que os outros vão olhar para si se o deixar sozinho no café, durante 10 minutos?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<hr/>										
Não acredito			Acredito pouco		Acredito com alguma intensidade			Acredito com intensidade		Acredito com muita intensidade

Vou agora deixá-lo sozinho durante 10 minutos, tal como temos feito nas últimas 5 sessões e peço-lhe que não utilize comportamentos de segurança.

Deixar o(a) participante sozinho(a) durante 10 minutos.

Anexo N

Tabela 4

Comportamentos de segurança e definições

Tipo de comportamento de segurança	Definição
Utilizar o telemóvel	Utilizar o telemóvel de forma a evitar olhar para o ambiente à sua volta
Utilizar fones	Utilizar fones para evitar perceber o ambiente à volta
Verificar se alguém está a olhar para si	Olhar rapidamente para o ambiente em volta para verificar se está a ser observado(a) (pode ser pelo canto do olho ou diretamente)
Olhar para baixo sem estar a fazer nada	Olhar para baixo sem fazer nada para evitar o contacto visual com alguém que está no ambiente em volta
Ler um livro	Ler um livro de forma a evitar olhar para o ambiente à sua volta
Escrever na agenda	Escrever na agenda para evitar olhar para o ambiente à sua volta
Escolher a mesa do canto	Escolher a mesa do canto para que não se sinta o centro das atenções e assim evitar olhares de outras pessoas
Ver televisão	Olhar para a televisão para evitar perceber o ambiente à volta

Anexo O

Tabela 5

Valores dos segundos do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel”

Participante	Frequência (em segundos)	Fase
Ana	453	A
	588	A
	364	A
	297	A
	364	A
	0	B
	0	B
	0	B
	0	B
	0	B
	0	B

Tabela 6

Valores dos segundos do comportamento de segurança “utilizar o telemóvel”

Participante	Frequência (em segundos)	Fase
João	297	A
	0	A
	406	A
	387	A
	479	A

0	B
0	B
0	B
0	B
0	B
0	B
