

VALERIA GORE

**Sensações internas e Evitamento de Dano - variáveis transdiagnósticas
relevantes para a Perturbação da Ansiedade Social?**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

2021

VALERIA GORE

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof. Doutora Antónia Rós



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

2021

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Valeria Gore

Direitos de Cópia ou *Copyright*

©*Copyright* 2021: Valeria Gore

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

Existe uma expressão em inglês – “*it takes a village to raise a child*”. E certamente, foi “necessária uma aldeia” para terminar este projecto. Agradeço a força voluntária e anónima da comunidade de participantes que deram forma às nossas ideias, à Professora Doutora Antónia Rós por ter aberto a porta para o mundo dessas ideias e a ter mantido aberta o tempo que foi necessário e ao resto da minha incrível “aldeia”, sem a qual esta “criança” não teria sobrevivido. Por fim, obrigada ao leitor pelo tempo e paciência certamente despendidos.

Resumo

O objetivo da presente investigação foi estudar os fenómenos sensoriais (Incompletude e Experiências Não Completamente Corretas) e o Evitamento do Dano, tradicionalmente associados às compulsões, como potenciais variáveis transdiagnósticas para a Ansiedade social e o Evitamento das situações sociais. Adicionalmente, verificar se os mesmos fenómenos sensoriais e o Evitamento de Dano, poderão constar como potenciais moderadores da relação entre o Processamento Pós-Evento e a Ansiedade e o Evitamento em situações sociais. Foi recolhida uma amostra por conveniência da população geral portuguesa, que resultou num total de 203 indivíduos que preencheram uma bateria de questionários, com idades compreendidas entre os 18 e 69 anos ($M=35,34$; $DP= 11,18$). Os resultados indicam a existência de uma relação positiva e significativa entre, tanto a Ansiedade como o Evitamento de situações sociais, com as variáveis em estudo, nomeadamente as Experiências Não Completamente Corretas, a Incompletude e o Evitamento de Dano. O efeito moderador dos fenómenos sensoriais mostrou-se não significativo face ao Processamento Pós-Evento e à Ansiedade social, mas existente no que concerne o peso do Evitamento de Dano na variação conjunta do Processamento Pós-Evento e o Evitamento de situações sociais. Conclui-se que existem indícios da relevância das Sensações Internas e do Evitamento de Dano para a Ansiedade e Evitamento Social, assim como para o Processamento Pós-Evento. No entanto, a variabilidade do Processamento Pós-Evento e a existência de correlações mais fortes em determinados itens dos instrumentos sugere que o PPE poderá se expressar num espetro funcional/disfuncional e a natureza dos instrumentos tem de ser adaptada ao estudo de dimensões e não sintomas, dois pontos determinantes em futuras investigações.

Palavras-chave: Experiências Não Completamente Corretas, Incompletude, Evitamento de Dano, Processamento Pós-Evento, Ansiedade Social, Transdiagnóstico

Abstract

The goal of the following investigation was to study the sensory phenomena (Incompleteness and Not Just Right Experiences) and Harm Avoidance, traditionally associated to the compulsions, as potential transdiagnostic variables for Social Anxiety and the Avoidance of social situations. Additionally, as potential moderators of the relation between Post-Event Processing and Anxiety and Avoidance in social situations. A non-probabilistic sample from the general portuguese population was collected, which resulted in a total of 203 individuals who answered a questionnaire battery, with ages distributed between 18 and 69 years old ($M= 35,34$; $DP= 11,18$). The results indicate the existence of a positive and significant relation between anxiety and avoidance of social situations, with the compulsion associated variables, namely the NJRE, INC and HA. The moderator effect of the sensory phenomenon has shown not to be significant in regard to the PEP and Social Anxiety, but present when considering the weight of Harm Avoidance in the variation of the PEP and the Avoidance of social situations. In conclusion, there are indications of the relevance of Internal Sensations and Harm Avoidance for Anxiety and Social Avoidance, as well as for Post-Event Processing. However, the variability of Post-Event Processing and the existence of stronger correlations in certain items of the used instruments suggests the PEP can be expressed in a functional / dysfunctional spectrum and that the nature of the instruments has to be adapted to the study of dimensions and not symptoms , two determining points in future investigations.

Key-Words: Not Entirely Correct Experiences, Incompleteness, Harm Avoidance, Post-Event Processing, Social Anxiety, Transdiagnostic

Índice

Índice de Tabelas	9
Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos	10
Introdução	11
Questões e objetivos de investigação	19
Metodologia	19
Amostra	20
Instrumentos	20
Procedimento	24
Resultados	25
Discussão dos resultados	29
Referências Bibliográficas	34
Anexo A	41
Anexo B.	43
Anexo C.	44
Anexo D.	46
Anexo E.	47
Anexo F.	48
Anexo G.	50
Anexo H.	52
Anexo I.	56
Anexo J.	57

Índice de Tabelas

Tabela 1. Correlações entre a Ansiedade e Evitamento em situações sociais, as Experiências Não Completamente Corretas, a Incompletude e o Evitamento de Dano, com e sem controlo das variáveis stress, ansiedade e depressão.	26
Tabela 2. Análise de regressão linear múltipla com as variáveis; processamento pós-evento, a Ansiedade em situações sociais, experiências não completamente corretas e a incompletude.....	27
Tabela 3. Análise de regressão linear múltipla com as variáveis; processamento pós-evento, o evitamento em situações sociais e o evitamento de dano.....	28

Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

APA – associação de psicologia americana
ED – evitamento de dano
ENCC – experiências não completamente corretas
OPP – ordem dos psicólogos portugueses
PAS – perturbação da ansiedade
POC – perturbação obsessivo-compulsiva
PPE – processamento-pós evento
INC - incompletude
UAlg - Universidade do Algarve

Abreviaturas em Latim

e.g. (exempli gratia) - por exemplo
et al. (et alia) - e outros
etc. (et caetera) - e o resto
i.e. (id est) - isto é

Introdução

A Perturbação da Ansiedade Social (PAS) tem como núcleo o medo da avaliação negativa e manifesta-se no indivíduo principalmente através de duas respostas observáveis ao estímulo fóbico; a ansiedade expressa fisicamente durante situações sociais e o evitamento consequente dessas situações. Estas respostas (ansiedade e evitamento) são desencadeadas pela dimensão cognitiva, que se traduz em percepções negativas sobre o Eu e crenças irracionais, acerca das consequências de se dar a conhecer esse Eu, numa interação social. É uma patologia que se caracteriza pela sua persistência (Clark, 2001), na medida que resiste ao processo de habituação ao estímulo fóbico, apesar do confronto com situações sociais. Mesmo sendo o tratamento cognitivo-comportamental o mais vastamente aplicado e eficaz, alguns estudos apontam para o fato de a sintomatologia se manter no pós-tratamento numa proporção significativa de indivíduos (46% em Davidson et al., 2004; 52% em Richard G. Heimberg et al., 1998; 65% em Otto et al., 2000)).

O carácter persistente da PAS é entendido por diferentes modelos explicativos como um ciclo de retroalimentação, onde os próprios processos envolventes (cognitivos, fisiológicos e comportamentais) “alimentam-se” mutuamente, perpetuando a patologia. Ou seja, as cognições mal adaptativas do indivíduo, geram reações fisiológicas e comportamentais, que consequentemente, confirmam e reforçam novamente as cognições iniciais (Schlenker & Leary, 1982; Carver & Scheier, 1988; Clark & Wells, 1995; Clark, 1997; Heimberg & Rapee, 1997; Heimberg et al., 2010; Hofmann, 2007; Kimbrel, 2008; Moscovitch, 2009;).

Um dos modelos mais citados na literatura, o *Modelo Cognitivo da Fobia Social* de Clark e Wells (1995) descreve este cenário cíclico, onde o indivíduo fóbico, ao entrar

numa situação social, percebe-se como um objeto social passível de ser julgado. Consequentemente, experimenta uma resposta fisiológica, que tenta controlar através de comportamentos de segurança (p.e. evitar contato visual, esconder as mãos para não ser visível o tremor, etc.) iniciando simultaneamente um processo de monitorização auto focado, mas também, hétero focado, na medida que procura pistas da audiência que revelem o feedback da sua competência. Terminado o evento, inicia-se um processo cognitivo de natureza persistente, denominado por Processamento Pós-Evento (PPE), que, para além de impedir a redução da ansiedade, torna-se responsável pela sua continuidade para a interação seguinte, perpetuando o ciclo, sendo assim considerado um mecanismo de manutenção.

O PPE, desencadeado por pensamentos ou imagens intrusivas acerca do sucedido, caracteriza-se por uma cadeia ruminativa de pensamentos (Brozovich & Heimberg, 2011; Dannahy & Stopa, 2007; Rachman et al., 2000), onde a tendência para focar a atenção nos detalhes percebidos como negativos (e.g. características do seu discurso/postura ou possíveis indícios de *feedback* negativo da audiência), prolonga a ansiedade experienciada. De forma a neutralizar/diminuir a ansiedade, o indivíduo faz um esforço de identificação de todos os detalhes que “correram mal”, na forma de autópsia do sucedido, com o objetivo de os tentar reparar ou evitá-los no futuro. Pode ocorrer ainda, o recordar de outras “falhas” anteriores, fortalecendo, a nível autobiográfico, o “Eu desadequado”. Este inventário de erros recentes e passados, cria um efeito intensificador e confirmatório das crenças iniciais de incompetência social, pois eventuais pontos positivos do evento são ignorados, desvalorizados ou esquecidos. Visto que, a exposição é um momento chave à refutação de crenças fóbicas, o PPE pesa na manutenção da patologia na medida que é responsável pela perda dos possíveis ganhos adquiridos nesse

momento, pois é muito provável que a interação seja vista de forma mais negativa do que na realidade o foi (Clark, 1997).

Dado à crescente evidência empírica, o PPE, foi posteriormente incluído na revisão de outro modelo base da TCC (Heimberg & Rapee, 1997), como umas das cinco dimensões fundamentais na compreensão da persistência da PAS, considerado como uma ponte entre a ansiedade passada e futura (Heimberg et al., 2010). Hoffman (2007), por outro lado, apresenta-o como uma consequência, ressaltando mais a importância das diferentes formas de evitamento, no entanto, o PPE também pode ser visto como uma forma de evitamento interno, na medida que os indivíduos tentam cancelar o evento social percebido como “indesejado”, ponderam como o poderiam ter evitado e como podem evita-lo no futuro (Rachman et al., 2000). Kimbrel, (2007), na sua visão neurofisiológica, não incluí o PPE no seu modelo, mas refere-se ao processo de habituação ao estímulo fóbico como chave do tratamento e à importância das variáveis que neste processo de habituação interferem. Mas como vimos, o PPE, segundo as teorias descritas acima (Clark e Wells, 1995, Rapee e Heimberg, 2010) é um fator que faz parte do grupo de variáveis que dificultam o processo de habituação ao estímulo fóbico, o que sustenta a sua relevância no estudo das PAS (ver resumo dos modelos mencionados no Anexo A).

O PPE é ainda associado a maiores níveis de ansiedade social (Dannahy & Stopa, 2007), ao viés negativo na recuperação e codificação da memória e processamento do julgamento social (Mellings & Alden, 2000) a um maior impacto negativo na percepção de si e dos outros e na ativação de imagens condutoras à antecipação de um evento futuro (Chiupka et al., 2012). Este processo de antecipação, que consiste na recuperação de informação passada, é outro fator de manutenção, igualmente estudado por Clark e Wells (1995). Os autores descrevem-no como um processo cognitivo enviesado negativamente que resulta num aumento da ansiedade antecipatória e/ou ao evitamento de situações

sociais semelhantes, o que afeta a *performance*, e impede a exposição no caso do evitamento (Clark, 2001). Sendo que, é através da influência que tem no processo antecipatório, que o processamento pós-evento faz a “ponte” mencionada por Heimberg em 2010, para a situação social seguinte. Num estudo mais recente, avaliou-se a associação do PPE com outros fatores de manutenção importantes para a PAS, resultando numa predição da variância do PPE de 54%, por parte dos comportamentos de segurança e do medo da avaliação negativa, dando suporte empírico à relevância do PPE na dinâmica cíclica da PAS (Carnahan et al., 2020).

Alguns estudos, associaram ainda níveis de ansiedade mais elevados a PPEs mais prolongados (Fisak & Hammond, 2013; Mellings & Alden, 2000; Rachman et al., 2000), o que pode estar associado às crenças metacognitivas positivas face ao mesmo (Fisak & Hammond, 2013; Makkar & Grisham, 2012; Wong & Moulds, 2010), ou seja, os indivíduos acreditam que ao fazerem esta autópsia ao passado irão mais eficazmente comportar-se no futuro, evitando o dano social. No entanto, quem sofre de ansiedade social, parece ter o processamento da memória negativamente enviesado (Cody & Teachman, 2010) e foi observada uma associação positiva entre a tendência para o envolvimento no PPE e a experiência de memórias substancialmente mais negativas e ansiosas (Field et al., 2004). Isso torna o processo de revisão do passado contraproducente, pois quanto mais tempo se envolvem nele, mais memórias negativas e ansiosas recuperam, gerando afeto negativo e consolidando a imagem socialmente disfuncional de si mesmo. O que leva alguns autores a sugerirem, como terapêuticamente relevante, a interrupção do PPE (Cody & Teachman, 2010). A nível do tratamento da TCC, desconhecesse técnicas terapêuticas que visam o término do PPE, sendo que a maioria dos modelos focam a reestruturação cognitiva (ver Anexo A para resumo dos modelos mencionados).

Considerando o exposto, o PPE revela-se como um dos fatores que interfere à *posteriori* com a realidade experienciada pelo indivíduo. Isto é, terminado o evento social, o indivíduo socialmente ansioso, ao experienciar pensamentos e imagens de carácter intrusivo e ansiogénio, irá procurar diminuir essa ansiedade através da deteção e correção de “falhas” por ele cometidas e o evitamento das mesmas no futuro. Este processo de foco e procura ativa de detalhes referentes a si e à audiência, associado ao viés negativo da recuperação de memórias, prolonga a ansiedade experienciada e funciona como confirmação das crenças iniciais, fortalecendo o “Eu socialmente desadequado”. Para além disso, uma vez detetados os aspetos negativos em prol da prevenção futura de dano (dano este, sendo o julgamento social), a ponderação acerca dos mesmos poderá ser extensa, ruminativa, interferindo com a concentração para outras tarefas e acompanhada de emoções como a vergonha (D. M. Clark, 1997), o que reforça as crenças negativas sobre si mesmo, distorce a imagem do evento adicionando-o à “lista de interações sociais falhadas” autobiográfica. Estes fatores (foco negativo associado ao carácter ruminante e prolongado) aumentam a probabilidade de, através do processamento antecipatório, ocorrer o evitamento de situações semelhantes ou uso de comportamentos de segurança, ambos, impeditivos da desconfirmação de crenças de incompetência social, mantendo assim o ciclo.

Assim, estando o PPE (e a sua intensidade e duração) implicado na severidade e perseverança sintomatológica, considerou-se relevante questionar a existência de possíveis mecanismos motivacionais subjacentes ao seu prolongamento e/ou finalização, cuja melhor compreensão terá possíveis implicações no tratamento da PAS. Desconhecemos até agora, estudos que abordem esta questão.

De forma a explorar a existência de possíveis mecanismos motivacionais implicados na duração e finalização do PPE, consideraram-se construtos já conhecidos

por terem essas funções, mas associados às compulsões da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC). Com o suporte do paradigma transdiagnóstico, hipotizou-se se os mesmos mecanismos motivacionais subjacentes às compulsões, terão peso nas dinâmicas emocionais da PAS e do PPE. Analisaremos, por ordem, o argumento transdiagnóstico e os mecanismos motivacionais que caracterizam a POC.

A ótica transdiagnóstica aborda a patologia com base no conceito de “dimensões funcionais”, onde consideraram o carácter comum dos processos envolvidos em diferentes perturbações (Clark & Taylor, 2009). Inclusive, os processos específicos que compõem o modelo de Clark e Wells (1995), foram considerados relevantes para a maioria dos modelos da TCC, colocando várias perturbações num contínuo de espectro, partilhando entre si certos sintomas, fatores de risco ambientais, genéticos e possivelmente substratos neuronais (Harvey, 2004).

Estas são algumas das considerações que têm motivado pesquisadores a ir além da compartimentalização do diagnóstico sindrómico clássico do DSM (Moscovitch, 2009) procurando respostas ao abrigo do paradigma transdiagnóstico, transcendendo a idiosincrasia dos sintomas que respondem à pergunta “*o quê?*”(relacionada com sintomas observados) em direção à identificação de dimensões que procuram resposta ao “*porquê?*” (relacionada com dimensões motivacionais).

No que respeita aos mecanismos motivacionais das compulsões, o modelo das dimensões nucleares da POC (Summerfeldt et al., 2014), coloca na sua base, para além do Evitamento de Dano (ED), a Incompletude (INC). A INC, já incluída na mais recente edição do DSM, como possível resposta afetiva às obsessões ou compulsões, expressa-se por um sentimento de desconforto e imperfeição que perdura até as coisas estarem “completamente bem” (DSM-5, APA, 2013). Foi primeiramente descrita em 1903 por Pierre Janet e dentro da heterogeneidade da POC, pode explicar o fim do espectro onde

encontramos as compulsões mais prolongadas (Rasmussen 1992, 2000). Outra sensação interna, paralela à INC, são as Experiências Não Completamente Corretas (ENCC). Indivíduos com POC frequentemente revelam a sensação “das coisas não estarem bem”, por isso embarcam em ritualizações com o objetivo de acalmar essas sensações (Coles *et al.* 2003). De acordo com estes mecanismos motivacionais, os indivíduos parariam de realizar a compulsão quando experimentassem a sensação interna de que “já está como deveria estar”, ou seja, uma experiência dita *completamente correta* (Leckman *et al.* 1995, Coles *et al.*, 2005). A INC e as ENCC são construtos estudados frequentemente em conjunto, partilhando muitas semelhanças, o que leva certos autores a denominarem este fenómeno como Sensações Internas (Belloch *et al.*, 2016; Ferrão *et al.*, 2012).

No seguimento do argumento transdiagnóstico, cujo paradigma permite a consideração de processos comuns transversais às patologias e tendo em conta ainda, indícios do carácter transdiagnóstico das ENCC, PPE e ED (ver quadro resumo no Anexo 4), mais a comorbilidade observada entre a PAS e a POC (Hand *et al.*, 1992; Rasmussen & Eisen, 1992, 2000; Assunção, 2012; APA, 2013), assim como, a possibilidade de processos convergentes entre ambas (Anexo B), consideramos se, as Sensações Internas (INC e ENCC) e o ED, poderão agir como construtos relevantes para a PAS, influenciando as dinâmicas cognitivo-emocionais e comportamentais da mesma.

Se for o caso, poderá se abrir caminho para um questionamento futuro mais ambicioso, onde ponderar-se-á se, à semelhança do prolongamento das compulsões, o PPE encontrará fim conforme se atinge ou não, o estado desejado de *completamente correto*.

De forma a dar início à exploração desta possibilidade, implementou-se um protocolo baseado numa bateria de questionários representativa dos construtos mencionados (ver Metodologia), de forma a procurar identificar indícios de correlações

entre os mesmos e a capacidade moderadora das sensações internas (INC e ENCC) e do evitamento de dano, na relação entre o processamento pós-evento e a ansiedade social. O presente estudo irá avaliar o PPE em população não clínica, como já foi realizado em estudos anteriores (e.g. Cody e Teachman, 2010, McEvoy, Mahoney e Moulds, 2010, Makkar e Grisham, 2012; Fehm et. al, 2008; Kocovskie et. al 2005; Field et al, 2003; Rachman et al. 2000).

Como mecanismo de manutenção e indicador de severidade da ansiedade social, uma compreensão mais profunda e detalhada do PPE, das suas características e motivadores subjacentes, poderá ajudar a antever a sua duração e intensidade, e assim, formular um perfil sintomático ajustado a essa realidade. E se, tal como nas compulsões, as sensações internas prolongarem o fenómeno ruminante, alimentando-o através da sensação de incompletude (pelas “coisas não estarem completamente corretas”), então a reestruturação cognitiva do PPE poderá não ser suficiente, visto que os indivíduos irão agir em base de uma sensação que não podem identificar concretamente, característico destas sensações internas, e logo, o processo em si poderá carecer do *insight* necessário à reestruturação cognitiva. Ponderamos ainda, se na possibilidade de o pensamento não poder ser identificado, verificar-se precisamente o sentimento de que *algo não está bem*, o que alargará a cadeia ruminativa, visto que a sua função de reparação de dano não poderá ser facilmente alcançada (“se não sei identificar, não consigo resolver eficazmente”). Desta forma, ampliando todos os efeitos contraproducentes, associados ao prolongamento e viés negativo desse processo.

Por outro lado, a perspetiva transdiagnóstica traz vantagens no tratamento de perturbações comorbidas, um aumento na resposta positiva ao mesmo, na unificação e aceleração da evolução teórica e conseqüentemente na aplicação da mesma, assim

como, evidentes ganhos nos custos sociais, temporais e económicos que as razões enumeradas implicam.

Questões e objetivos de investigação

O objetivo geral é estudar os fenómenos sensoriais (INC e as ENCC) e o evitamento do dano como potenciais variáveis transdiagnósticas para a ansiedade social e o evitamento das situações sociais.

Espera-se encontrar;

1. associação positiva entre a ansiedade mais o evitamento em situações sociais e o processamento pós-evento com os fenómenos sensoriais (INC e ENCC) e o evitamento de dano;
2. associação positiva entre a ansiedade mais o evitamento em situações sociais e o processamento pós-evento com os fenómenos sensoriais (INC e ENCC) e o evitamento de dano, mesmo quando se controla a sintomatologia ansiosa, depressiva e o stresse dos participantes;
3. efeito de moderação das experiências sensoriais (NJRE e INC) entre a ansiedade social e o processamento pós-evento;
4. efeito de moderação do evitamento de dano entre o evitamento social e o processamento pós-evento.

Metodologia

Tendo em conta os objetivos definidos na presente pesquisa optou-se por utilizar uma abordagem quantitativa. O desenho pode ser caracterizado como exploratório e correlacional, transversal e retrospectivo.

Amostra

Foi recolhida uma amostra não probabilística por conveniência da população geral portuguesa, que resultou num total de 203 indivíduos que preencheram a totalidade dos instrumentos, com idades compreendidas entre os 18 e 69 anos ($M=35,34$; $DP= 11,18$). Maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino (75%; $N= 152$), mais de metade da amostra (62,1%; $N= 126$) completou o ensino superior e 35% ($N=70$), o ensino secundário. Relativamente ao estado civil, um pouco mais de metade da amostra se identificou como sendo “solteiro/a”, em contraste com a restante que se encontra presentemente numa relação (37%) ou já esteve numa (8%). Do total da amostra ($N=203$), apenas 16% ($N=32$) respondeu à questão “Alguma vez lhe foi diagnosticada alguma perturbação psicológica?”, sendo que apenas 0,02% ($N=5$) reportaram diagnósticos nos últimos 2 anos.

Instrumentos

Questionário de dados sócio-demográficos.

Um breve questionário *ad hoc* foi desenvolvido para o presente estudo com a finalidade de recolher dados descritivos referentes à amostra. Para além de questões relativas ao sexo, idade, escolaridade e estado civil, foi também incluída uma questão que pretendia sinalizar a existência e o enquadramento temporal de algum diagnóstico psicológico (“Alguma vez lhe foi diagnosticada patologia psiquiátrica? Se respondeu SIM à questão anterior, especifique qual e há quanto tempo.”) (Anexo D).

Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social (EAESDIS; Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2003) Instrumento de autorresposta, composto por 44 itens, que avalia a ansiedade e o evitamento em várias situações de interação social. Os participantes devem responder a cada um dos itens numa escala de 4 pontos (Ansiedade: 1= Nenhum, 2= Ligeiro, 3= Médio e 4= Severo; Evitamento: 1= Nunca (0%), 2= Às vezes (1-33%), 3= Muitas vezes (34-67%) e 4= Quase sempre (68-100%). A consistência interna apresenta um alpha de Cronbach para a escala da ansiedade de .97 e na escala do evitamento de .96. (Anexo E)

Questionário de Dimensões do Núcleo Obsessivo-Compulsivo-traço (OC-TCDQ; Summerfeldt *et al.*, 2001). OC-TCDQ é uma medida de autorrelato, fruto dos 31 itens do OC-CDQ (Obsessive-Compulsive Core Dimensions Questionnaire) mas desta vez aplicada à população não clínica, de acordo com os princípios dimensionais da psicopatologia (L.A. Clark, 2005). Constituída por 20 itens que avaliam traços/dimensões da personalidade correspondentes ao Evitamento de Dano (10 itens que incluem os números ímpares) e à Incompletude (10 itens que incluem os números pares). Cada item é classificado numa escala de 5 níveis de “Nunca” a “Sempre” e a formulação do questionário está direcionada temporalmente a longo prazo “(...) como você pensa, sente e age, *habitualmente* (...)”. Ambas escalas revelaram elevada validade interna dos construtos no estudo original (α HA = .89 e INC = .88) em replicações (α HA = .91 e INC = .93 (Coles *et al.*, 2005) e validação espanhola (α HA = .92 e INC = .92 (Carrasco & Belloch, 2013). No presente estudo obteve-se bons resultados de confiabilidade (α HA = .92 e INC = .92) (Anexo F).

Questionário das Experiências Não Completamente Corretas - Revisto (NJRE-QR - Coles, *et al.*, 2003) Resulta de um estudo baseado numa amostra não-clínica, onde o objetivo era relacionar o construto com as diferentes características da POC e outros

domínios psicopatológicos. Este, avalia a presença de sensações internas de ENCC através de uma lista de 10 exemplos, perguntando ao participante se já experienciou cada uma delas durante o último mês. A segunda parte, solicita que se selecione a experiência mais recente das anteriores, indicando a última vez que ocorreu (nas últimas horas, dia, semana ou mês) e que a classifique em termos de; frequência, intensidade, nível de mal-estar causado a curto e longo prazo, nível de intrusão, necessidade de remediar a experiência e responsabilidade percebida (numa escala de 1 a 7). No estudo original, a consistência interna dos 10 itens foi adequada ($\alpha = 0.79$), tendo 80% da amostra indicado pelo menos uma ENCC no último mês. As 7 dimensões que classificam a ENCC selecionada foram examinadas em separado, revelando correlações moderadas com as características da POC ($r = 0.27$ a 0.44). No estudo presente, a consistência interna dos 10 itens provou-se adequada ($\alpha = 0.7$, não havendo nenhum item que aumentasse esse valor caso fosse eliminado. Os restantes itens que correspondem às 7 dimensões foram analisados em conjunto como a variável ENCC-intensidade, seguindo o exemplo de estudos anteriores (Fergus, 2014; Ghisi et al., 2010) (Anexo G).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (DASS; Depression Anxiety Stress Scale; Lovibond e Lovibond, 1995. Adaptado ao português por Pais-Ribeiro, Horado e Leal, 2004.) É uma medida de autorrelato, que contém 21 itens em escala tipo Likert, classificados de 0 a 3 (0= “não se aplicou nada a mim”; 1= “aplicou-se a mim algumas vezes”; 2= “aplicou-se a mim muitas vezes”; 3 = “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”), que visa avaliar a severidade dos sintomas de Ansiedade, Depressão e Stress (três subescalas) em relação à última semana. A soma dos sete itens correspondentes a cada subescala representa o nível de sintomas emocionais negativos experienciados pelo indivíduo. A validação foi feita com recurso a uma amostra de conveniência não-clínica e apresentou uma boa consistência interna nas três dimensões, depressão (.84), na

ansiedade (.87) e de stress (.83), confirmando propriedades psicométricas idênticas às da versão original. A amostra presente demonstrou boa consistência interna nas subescalas Stress (.93), Ansiedade (.92) e Depressão (.95)(Anexo H).

Questionário PEPQ (Fehm et al., 2008; Tradução e adaptação: Seabra, D. & Salvador, M. C., 2014). O objetivo do questionário é avaliar o processamento pós-evento, com vista a sua intensidade e natureza, em relação a uma situação considerada pelo sujeito ansiogénica, nos últimos meses. Baseado no modelo de Clark & Wells (1995) e desenvolvido por Rachman et al., (2000) foi analisado e modificado por Fehm et al. (2008), cujos resultados, baseados numa amostra alemã, resultaram na extensão do questionário para 17 itens e 4 fatores, nomeadamente, Interferência Cognitiva (*Cognitive Impairment*), Eu Negativo (*Negative Self*), Passado e Futuro (*Past and Future*) e Evitamento (*Avoidance*) (em contraste com os 13 itens e 1 fator originais). A consistência interna da versão revista aumentou em relação ao formato original, passando de $\alpha = 0.85$ para $\alpha = 0.90$. Assim, o questionário consiste numa lista de 17 exemplos de situações (mais o item 18 correspondentes a “Outros” caso o participante preferir personalizar a resposta), das quais o sujeito é solicitado a escolher uma. De seguida seguem-se questões cujas respostas devem ser dadas em relação ao acontecimento que escolheu e marcadas numa escala análoga visual de 0 (Não ou nunca) a 100 (Fortemente ou muitas vezes).

É de notar, em relação à dimensionalidade, que a versão da adaptação à população portuguesa, reorganizou os 4 fatores acima descritos, em 3: Ruminação Persistente (F1), Ruminação Específica (F2) e Tentativa de controlo (F3). Quanto à consistência interna, revelou um valor muito bom (.96). Na presente amostra o valor obtido foi igual (.96) (Anexo I).

Procedimento

Recolha de dados

Uma vez definido o protocolo, composto pelo Consentimento Informado (Anexo C) para o tratamento de dados e a bateria de questionários, este foi testado presencialmente num estudo piloto com a colaboração de 10 participantes. Foi verificada a facilidade de compreensão dos itens e o surgimento de possíveis dúvidas. O tempo de preenchimento da bateria variou entre os 30 min e 1 hora. Todos os participantes confirmaram verbalmente a compreensão dos instrumentos na íntegra, surgindo apenas algumas dúvidas interpretativas em relação ao questionário das ENCC e o construto teórico associado. Dado ao contexto de estado de emergência, o formato da bateria de questionários passou para digital, com o auxílio da plataforma Onlinepesquisa.com. A divulgação da pesquisa foi feita essencialmente com o recurso às redes sociais, sendo o acompanhamento dos participantes feito, quando possível e solicitado, via e-mail ou chat da respetiva rede social. A recolha de dados foi realizada entre janeiro e março de 2020.

Análise dos dados

Concluída a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* - versão 26.0) para o Windows. Para a análise dos dados recorreu-se inicialmente à estatística descritiva com o propósito de descrever os dados associados a cada variável, designadamente as variáveis sociodemográficas, e, posteriormente, recorreu-se à estatística inferencial com o intuito de explorar a existência de diferenças estatisticamente significativas e de observar as relações entre as variáveis estudadas. Feito o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors, verificou-se a distribuição não normal da maioria das variáveis em estudo. Desta forma, procedeu-se à utilização da correlação não paramétrica, o Coeficiente de Spearman (r_s). Foram consideradas correlações fracas as

correlações entre 0 e ,20, correlações moderadas entre ,21 e ,50, e correlações fortes acima de ,50 (Ferguson, 2009).

Foi utilizada a regressão linear múltipla para verificar se os valores obtidos nas ENCC e INC moderam a direção e intensidade da correlação entre o PPE e a ansiedade em situações sociais, assim como, se os valores obtidos no ED moderam a direção e intensidade da correlação entre o PPE e o evitamento em situações sociais.

Uma verificação preliminar da matriz do gráfico de dispersão confirmou a relação linear entre todas as variáveis em estudo. Os restantes requisitos como a ausência de multicolinearidade (valores de Tolerância $> .2$ e VIF < 3), a independência dos resíduos (teste de Durbin-Watson entre 1,5 e 2,5) e homocedasticidade (gráfico de dispersão dos resíduos padronizados e valores preditivos padronizados) foram atendidos.

Como existem razões teóricas que sustentam a superioridade do PPE como preditor da ansiedade, as variáveis centralizadas independentes (PPE) e de interação (PPE*ENCC, PPE*INC, PPE*ED) foram introduzidas de forma hierárquica.

Resultados

Correlação das Sensações Internas (ENCC e INC) e o Evitamento de Dano com a Ansiedade e Evitamento em situações sociais (OBJETIVOS 1, 2).

Como exposto na Tabela 1, a ansiedade em situações sociais parece estar correlacionada de forma positiva e moderada com a experiência de situações não completamente corretas, $r_s = .38^{**}$; a incompletude, $r_s = .41^{**}$; e o evitamento de dano, $r_s = .48^{**}$, destacando a relação com o evitamento de dano como sendo a mais forte.

A variável do evitamento em situações sociais comporta-se de forma semelhante. Apresenta igualmente correlações positivas, significativas e moderadas com as

experiências não completamente corretas, $r_s = .37^{**}$; com a incompletude, $r_s = .46^{**}$; e o evitamento de dano, $r_s = .47^{**}$. Note-se, no entanto, que a variável incompletude revela uma correlação mais alta que anteriormente, mas o evitamento de dano continua como a mais forte. Associações mais fortes ainda podem ser observadas em relação ao PPE, principalmente com o ED, $r_s = .66^{**}$.

Correlação das Sensações Internas (ENCC e INC) e o Evitamento de Dano com a Ansiedade e Evitamento em situações sociais, controlando a sintomatologia ansiosa, depressiva e o stress (OBJETIVO 3 e 4).

Quando controlamos a sintomatologia ansiosa, depressiva e o stress, as correlações baixam, como observado na Tabela 1. Os valores, apesar de continuarem estatisticamente significativos (todos os $ps < 0.5$), reduziram, revelando que, tanto em relação à Ansiedade como ao Evitamento; as variáveis ENCC e ED são mais afetadas pelo controlo da Depressão, enquanto a INC é mais afetada pelo Stress. O mesmo acontece em relação ao PPE.

Tabela 1.

Correlações entre a Ansiedade e Evitamento em situações sociais, as Experiências Não Completamente Corretas, a Incompletude e o Evitamento de Dano, com e sem controlo das variáveis stress, ansiedade e depressão.

	Controlo variáveis											
				Stress			Ansiedade			Depressão		
	ENC C	INC	ED	ENC C	IN C	ED	ENC C	IN C	ED	ENC C	IN C	ED
Ansieda de Social	.38*	.41	.48	.24*	.22	.32	.27*	.27	.34	.21*	.23	.29
	*	**	**		*	*		*	*		*	*
Evitame nto Social	.37*	.46	.47	.21*	.27	.3*	.26*	.33	.33	.2*	.3*	.27
	*	**	**		*			*	*		*	*
PPE	.56*	.51	.66	.44*	.3*	.46	.48*	.37	.51	.42*	.33	.45
	*	**	**			*		*	*		*	*

Nota: AS= Ansiedade em situações sociais; ES= Evitamento em situações sociais; PPE= Processamento pós-evento; ENCC= Experiências não completamente corretas; INC= Incompletude; ED= Evitamento de Dano; * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Relação do processamento pós-evento (PPE) e a Ansiedade em situações sociais. Efeito moderador das experiências não completamente corretas (ENCC) e a incompletude (INC) (OBJETIVO 5).

A análise resultou em modelos estatisticamente não significativos [F (2,200) = 29,019; $p > 0,001$; $R^2 = 0,225$], [F (3,199) = 19,420; $p > 0,001$; $R^2 = 0,226$] em comparação com o modelo onde apenas a variável PPE se encontra como preditora [F (1,201) = 55,488; $p < 0,001$; $R^2 = 0,216$]. Enquanto o PPE parece prever 22% da variação da ansiedade, adicionar as variáveis ENCC e INC não resulta numa melhoria significativa desse modelo preditivo, contribuindo com apenas 1%.

Tabela 2.

Análise de regressão linear múltipla com as variáveis; processamento pós-evento, a Ansiedade em situações sociais, experiências não completamente corretas e a incompletude.

Modelo	Variáveis	R ²	F	ΔR ²	β	t
1	• Processamento pós evento	,216	55,060	,212	,465	7,449**
PPE						
2	• Processamento pós evento	,225	30,710	,217	,452	7,197**
PPE	• Processamento pós evento em interação com experiências não completamente corretas				,094	1,484
PPE*ENCC						
3	• Processamento pós evento	,226	21,034	,215	,452	7,174**
PPE	• Processamento pós evento em interação com experiências não completamente corretas				,114	1,610
PPE*ENCC					-	-,630
PPE*INC	• Processamento pós evento em interação com a incompletude				,044	

Nota: R² = coeficiente de determinação; F = estatística F da ANOVA ΔR² = R²ajustado; β = Beta; t = valor t calculado; * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Relação do processamento pós-evento (PPE) e Evitamento em situações sociais. Efeito moderador do Evitamento de Dano (ED) (OBJETIVO 6).

A análise resultou em modelos estatisticamente significativos [$F(2,200) = 25,468$; $p > 0,001$; $R^2 = 0,203$] em comparação com o modelo onde apenas a variável PPE se encontra como preditora [$F(1,201) = 45,639$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,181$]. Em comparação com a análise anterior, o PPE baixou o seu valor preditivo para 18% no que concerne o evitamento das situações sociais, quando é introduzida a variável moderadora ED. A interação destas duas variáveis parece explicar 20% da variação do evitamento social, mas a variável ED contribui com um aumento de apenas 2%.

Tabela 3.

Análise de regressão linear múltipla com as variáveis; processamento pós-evento, evitamento em situações sociais e o evitamento de dano

Modelo	Variáveis	R ²	F	ΔR ²	B	T
1	• Processamento pós evento	,185	45,639	,181	,430	6,756**
PPE						
2	• Processamento pós evento	,203	25,468	,195	,420	6,643**
PPE	• Processamento pós evento em interação o evitamento de dano				,134	2,122*
PPE*ED						

Nota: R² = coeficiente de determinação; F = estatística de F da ANOVA; ΔR² = R²ajustado; β = Beta; t = valor t calculado;

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

Discussão dos resultados

O propósito do presente estudo foi analisar o potencial dos mecanismos motivacionais, como a Incompletude, as Experiências Não Completamente Corretas e o Evitamento de Dano como construtos transdiagnósticos relevantes para a Ansiedade social, o Evitamento social e o Processamento pós-evento. Partindo do argumento transdiagnóstico, consideramos se os mesmos mecanismos conhecidos por intensificar e prolongar as compulsões (INC/ENCC/ED), poderiam oferecer explicações semelhantes acerca do PPE, aproximando-nos de uma gestão mais eficaz do mesmo e consequentemente da documentada persistência da PAS. A hipótese foi operacionalizada através da aplicação de uma bateria de questionários.

Os resultados indicam a existência de uma relação positiva e significativa entre, tanto a Ansiedade como o Evitamento de situações sociais, com as variáveis associadas às compulsões, nomeadamente as ENCC, a INC e o ED. Isto entra em concordância com Fergus, (2014), que encontrou uma forte correlação entre ENCC e PAS, e à evidência do ED como inerente a todo o espectro da ansiedade (Barlow, 2000; Brown & Barlow, 1992). Apesar da associação entre a Ansiedade e o Evitamento social com as Sensações Internas (INC e ENCC) e o Evitamento de Dano se manter, parece haver um peso significativo das dimensões sintomatológicas como a ansiedade, o stress e a depressão. Revelando-se as duas últimas como as de maior impacto nesta amostra. O que pode sustentar o facto de serem dimensões afetivas transversais e fatores de vulnerabilidade comuns a diferentes patologias (DSM-5, APA, 2013).

Na presente amostra, dentro da proporção de pessoas que indicaram a existência de diagnóstico patológico no questionário sociodemográfico (16%), presente ou ao longo da vida, a maioria apontou perturbações do espectro depressivo. No entanto são

percentagens pouco significativas para nos permitir ponderar se estaríamos perante uma amostra clinicamente depressiva, conclusão que também não pode ser completamente descartada na medida que não foi feita nenhuma Avaliação Psicológica da nossa parte para que pudéssemos afirmar com toda a certeza, que de fato, estamos perante uma amostra não clínica. A única conclusão na qual nos podemos ancorar é; a sintomatologia transversal da semana em que os participantes responderam à bateria de questionário afetou a correlação que as variáveis ENNC, INC e ED tiveram com as dimensões ansiedade, evitamento e processamento pós-evento, baixando-a significativamente.

Relativamente à moderação que essas variáveis pudessem exercer entre o PPE e as respetivas dimensões da PAS, provou-se praticamente insignificativa. Sendo que apenas o ED parece acrescentar algum efeito na relação PPE e evitamento social, apesar de pouco relevante. O próprio PPE não apresenta uma variação conjunta elevada com as dimensões da PAS (22% com a ansiedade e 20% com o evitamento), o que pode estar em concordância com o fato de realmente ser um processo não exclusivamente associado à PAS (McEvoy & Kingsep, 2006).

Análises adicionais em relação ao PPE, baseadas na observação da distribuição das variáveis Idade e PPE, revelaram uma correlação significativa negativa ($r_s = -.2^{**}$) entre estas, levantando a questão da diminuição do PPE com o progredir da idade. Prosseguiu-se ainda com uma avaliação detalhada dos itens do questionário das ENCC. O item 11, referente à “experiência que aconteceu ao individuo mais recentemente”, consta de uma avaliação qualitativa que revelou como item mais frequentemente escolhido, o número 6 (igual ao estudo original de Coles, 2003), ou seja, “Ao falar com pessoas, tive a sensação de que as minhas palavras não soavam bem”. Este item, pela sua descrição, implica interação social – “ao falar com pessoas”. Só controlando o fator do

peso do julgamento social, seria possível inferir uma ENCC “puramente” associada ao fenómeno sonoro da voz.

Isso pode indicar que a própria formulação dos itens atende a heterogeneidade de sintomas da POC, excluindo outras patologias. Observou-se ainda, que os itens mais fortemente correlacionados com o PPE foram os relativos ao mal-estar no momento (.61**), ruminação (.55**), intensidade da experiência (.51**) e mal-estar a longo prazo (.48**), evidenciando associações consideráveis entre os construtos, apesar do efeito moderador das ENCC se ter revelado não significativo.

Procedeu-se de forma semelhante com a subescala Incompletude e verificou-se que as correlações mais fortes com o PPE foram os itens “Demoro muito tempo em sentir-me seguro acerca das coisas” (.6**), “Incomoda-me a sensação de que as coisas são imperfeitas” (.5**) e “Sinto que devo fazer as coisas de uma maneira fixa” (.49**). Enquanto com as subescalas ansiedade e evitamento, a correlação mais forte (.48**) em cada um foi com o item “Incomoda-me a sensação de que as coisas são imperfeitas”. Ou seja, itens independentes dos limites sintomatológicos da POC, que atendem questões transdiagnósticas motivacionais como “*porquê?*” e não categóricas como “*o quê?*” são os mais fortemente correlacionados. Isto nos faz refletir sobre a eventualidade de, para estudar sensações internas associadas à PAS, serem necessários instrumentos adaptados à natureza dimensional desses fenómenos, desprovidos da influencia de fatores idiossincráticos, que segundo a perspectiva transdiagnóstica, é o que traz a expressão distinta das patologias. Foi precisamente nessa linha de pensamento que o modelo nuclear da POC (Summerfeldt et al., 2014) foi criado, como forma a transcender a variabilidade de formas que a própria sintomatologia da POC expressa.

Desta forma, o presente estudo oferece alguma evidência inicial de que os construtos como as sensações internas e o evitamento de dano se associam à ansiedade,

ao evitamento e à ruminação pós-evento da ansiedade social. No entanto, futuras investigações, poderão avaliar a pertinência da elaboração de instrumentos ajustados à dimensionalidade dos construtos, ou experiências laboratoriais, que controlem melhor variáveis idiossincráticas dos indivíduos que influenciam a expressão dos seus sintomas.

Limitações do estudo passam pela ausência de teste-reteste, a impossibilidade de uniformizar as condições em que a bateria de questionários foi respondida dado à recolha online e, para precisar os resultados, seria pertinente o delinear de um intervalo de idades, verificando se o PPE é mais intenso em camadas mais jovens e progressivamente isolar as variáveis que expliquem essa circuncisão. Assim como, um equilíbrio entre sexos e o teste dos fenómenos em estudo numa amostra clínica da PAS, despistando comorbilidades. Apesar da nossa amostra apresentar valores relativamente altos, tanto na subescala ansiedade em situações sociais ($M=95$, $DP=25$), como no evitamento de situações sociais ($M=88$, $DP=23$), o que se aproxima do ponto de corte sugerido por Pinto-Gouveia e Cunha (2003) de 115 e 105 respetivamente, não podemos afirmar tratar-se de uma amostra clínica. Outra limitação passa pelo fato do estudo se basear apenas em instrumentos de autorrelato onde os eventos escolhidos pelos participantes tanto em relação ao PPE como às ENCC são subjetivos, heterogéneos e logo, impedem uma análise baseada numa experiência uniforme. Futuros estudos poderiam delinear uma experiência de interação social *in vivo*, monitorizando o PPE dos participantes com entrevistas ou instrumentos onde as sensações internas estivessem conceptualizadas de forma a permitir a avaliação da componente social que estas possam ter.

Não obstante, mesmo que, numa futura amostra clínica, se obtenha evidência de que nem as sensações internas, nem o evitamento de dano têm implicações importantes na PAS como diagnóstico “puro”, fica a consideração, em concordância com Assunção (2012) de que, indivíduos que possuam traços ou patologia obsessivo-compulsiva em

conjunto com a PAS, poderiam beneficiar de estratégias diferentes no seu protocolo terapêutico. Principalmente se o PPE se revelar como fator de manutenção de peso. Assim como, indivíduos que respondam mal ao tratamento de exposição e reestruturação cognitiva sem saberem identificar *o porquê*, poderão beneficiar de uma avaliação adicional de forma a despistar mecanismos subjacentes como as sensações internas. Por outro lado, dado a variabilidade considerável das pontuações do PPE (M=713, DP=484) numa amostra relativamente ansiosa, questionamos se de fato isso pode ser reflexo do espectro que vai do PPE funcional ao PPE não funcional, como foi verificado em alguns estudos (Fisak & Hammond, 2013; Makkar & Grisham, 2012). E se, feita essa distinção, poderão, mecanismos motivacionais como os propostos no presente estudo, ser responsáveis pela sua natureza mais contraproducente.

Concluimos, lembrando, que pretendeu-se descortinar a possibilidade de existirem construtos transdiagnósticos partilhados pelas patologias PAS e POC. Ponderou-se, com base em semelhanças identificadas, se poderia haver construtos, como a INC, as ENCC e o ED que contribuíssem para uma melhor compreensão do PPE e das dinâmicas que subjagam a persistência da PAS. Com alguma reserva, consideramos que tal exploração pode de fato avançar, tendo em conta a evidência inicial de correlação significativa. Porém, futuros estudos poderão beneficiar das particularidades identificadas neste estudo, nomeadamente, a possível tendência dos instrumentos em identificar sintomas fortemente associados a uma determinada patologia e não dimensões subjacentes, certas características do PPE (p.e. se é ou não fortemente influenciado pela idade e se de fato pode se expressar dicotomicamente como funcional/disfuncional) e a necessidade de uma experiência laboratorial *in vivo*, numa amostra preferencialmente clinicamente avaliada.

Referências Bibliográficas

- Allison G. Harvey, et al. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. *OXFORD UNIVERSITY PRESS*.
- Barlow, D. H. (2000). Unravelling the Mysteries of Anxiety and Its Disorders From the Perspective of Emotion Theory. *American Psychologist*, *November*, 1247–1263. <https://doi.org/10.4324/9781315724539-15>
- Belloch, A., Fornés, G., Carrasco, A., López-Solá, C., Alonso, P., & Menchón, J. M. (2016). Incompleteness and not just right experiences in the explanation of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research*, *236*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.012>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity Among Anxiety Disorders: Implications for Treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(6), 835–844. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.6.835>
- Brozovich, F., & Heimberg, R. G. (2011). The Relationship of Post-Event Processing to Self-Evaluation of Performance in Social Anxiety. *Behavior Therapy*, *42*(2), 224–235. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.005>
- Carnahan, N. D., Carter, M. M., & Herr, N. R. (2020). Perpetuating factors of social anxiety: A serial mediation model. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *48*(3), 304–314. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000638>
- Carrasco, Á., & Belloch, A. (2013). Algo no está bien: una nueva lectura de la duda obsesiva. *Psicología Conductual = Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, *21*(2), 341–362.

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1988). A control-process perspective on anxiety. *Anxiety Research, 1*(1), 17–22. <https://doi.org/10.1080/10615808808248217>
- Chiupka, C. A., Moscovitch, D. A., & Bielak, T. (2012). In vivo activation of anticipatory vs. post-event autobiographical images and memories in social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 31*(8), 783–809. <https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.8.783>
- Clark, D. A., & Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(1), 60–66. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.60>
- Clark, D. M. (1997). A cognitive perspective in social phobia. *Biological Psychiatry, 42*(1), 134S. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(97\)87445-8](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(97)87445-8)
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 505–521. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.505>
- Cloninger, C. R. (1988). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states: A reply to commentaries. *Psychiatric Developments, 6*(2), 83–120.
- Cody, M. W., & Teachman, B. A. (2010). Post-event processing and memory bias for performance feedback in social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(5), 468–479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.003>
- Coles, M. E., Heimberg, R. G., Frost, R. O., & Steketee, G. (2005). Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring

- perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 153–167.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.002>
- Dannahy, L., & Stopa, L. (2007). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1207–1219.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.08.017>
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., Zhao, N., Connor, K. M., Lynch, T. R., & Gadde, K. M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61(10), 1005–1013.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.10.1005>
- Fergus, T. A. (2014). Are “not just right experiences” (NJREs) specific to obsessive-compulsive symptoms?: Evidence that NJREs span across symptoms of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 353–363.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22034>
- Ferguson, C. J. (2009). An Effect Size Primer: A Guide for Clinicians and Researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532–538.
<https://doi.org/10.1037/a0015808>
- Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Prado, H., Fontenelle, L. F., Malavazzi, D. M., de Mathis, M. A., Hounie, A. G., Miguel, E. C., & do Rosário, M. C. (2012). Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: An exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry Research*, 197(3), 253–258.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.017>
- Field, A. P., Psychol, C., & Morgan, J. (2004). Post-event processing and the retrieval of autobiographical memories in socially anxious individuals. *Journal of Anxiety*

Disorders, 18(5), 647–663. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.08.004>

Fisak, B., & Hammond, A. N. (2013). Are positive beliefs about post-event processing related to social anxiety? *Behaviour Change*, 30(1), 36–47. <https://doi.org/10.1017/bec.2013.4>

Ghisi, M., Chiri, L. R., Marchetti, I., Sanavio, E., & Sica, C. (2010). In search of specificity: “Not just right experiences” and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 879–886. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.011>

Hand, I., Goodman, W. K., & Evers, U. (1992). Obsessive-Compulsive Disorders New Research Results. In *Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1992*. 10.1007/978-3-642-77608-3%0Ae-ISBN-13:

Heimberg, R.G., & Rapee, R. M. (1997). A Cognitive-Behavioural Model of Anxiety in Social Phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741–756.

Heimberg, Richard G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A Cognitive Behavioral Model of Social Anxiety Disorder: Update and Extension. In *Social Anxiety* (Second Edi). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375096-9.00015-8>

Heimberg, Richard G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B., & Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1133–1141. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.12.1133>

Hofmann, S. G. (2007). Comprehensive Model and its Treatment Implications. *Cognitive Behavioural Therapy*, 36(4), 193–209.

- Kimrel, N. A. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review, 28*(4), 592–612. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.08.003>
- Makkar, S. R., & Grisham, J. R. (2012). Constructive effects of engaging in post-event processing in high and low socially anxious individuals. *Behaviour Change, 29*(3), 127–147. <https://doi.org/10.1017/bec.2012.13>
- McEvoy, P. M., & Kingsep, P. (2006). The post-event processing questionnaire in a clinical sample with social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 44*(11), 1689–1697. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.005>
- Mellings, T. M. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy, 38*(3), 243–257. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00040-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00040-6)
- Moscovitch, D. A. (2009). What Is the Core Fear in Social Phobia? A New Model to Facilitate Individualized Case Conceptualization and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(2), 123–134. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.04.002>
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., McArdle, E. T., Rosenbaum, J. F., & Heimberg, R. G. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 14*(4), 345–358. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(00\)00027-X](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(00)00027-X)
- Rachman, S., Grüter-Andrew, J., & Shafran, R. (2000). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 38*(6), 611–617. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00089-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00089-3)

Rasmussen 1992.pdf. (n.d.).

Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization model. *Psychological Bulletin*, *92*(3), 641–669.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.3.641>

Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2014). Examining an obsessive-compulsive core dimensions model: Structural validity of harm avoidance and incompleteness. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*(2), 83–94. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.01.003>

Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*(2), 181–193.
<https://doi.org/10.1037//0021-843x.105.2.181>

Anexos

Anexo A

Resumo de alguns modelos explicativos da perturbação da ansiedade social.

Autores	Cark & Wells 1995, 2001	Rapee & Heimberg 1997, 2010	Hofmann, 2007	A. Kimbrel, 2007	Moscovitch, 2009
Modelo	<p>Suposições base</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Elevados critérios para o desempenho social ➢ Crenças condicionadas a respeito de se comportar de uma determinada maneira ➢ Crenças negativas acerca do self incondicionais • Processamento do self como um objeto social • Comportamentos de segurança • Sintomas somáticos e cognitivos • Processamento de pistas externas <p>Processamento antes e depois de uma situação social</p>	<p>Suposições base</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ As pessoas são intrinsicamente críticas e existe uma grande probabilidade de avaliação negativa ➢ Importância fundamental de uma avaliação positiva <p><u>Modelo 1997</u></p> <p>Conceito de audiência</p> <p>Representação mental do self como vista pela audiência</p> <p>Direcionamento dos recursos atencionais</p> <p>Comparação entre a aprovação da audiência e o <i>standard</i> pelo qual será julgado</p> <p>Julgamento da probabilidade e consequências de uma avaliação negativa</p> <p>Resposta em forma de ansiedade (sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos)</p> <p>2010</p>	<p>Fatores cognitivos que mantêm a PAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perceção de elevados padrões sociais • Objetivos sociais mal definidos • Auto percepção negativa • Perceção de custos sociais elevados • Perceção de fraca capacidade de regulação emocional • Perceção de défice nas competências sociais • Evitamento e uso de comportamentos de segurança • Ruminação pós-evento 	<p>Enquadramento: Teoria da Sensibilidade ao Reforço</p> <p>Foco na PAS - generalizada.</p> <p>Causas distais: Experiências passadas que resultaram numa sensibilidade dos sistemas BIS e FFFS a estímulos sociais (ex., genética, eventos traumáticos), Causas proximais: fatores atuais provocadores de ansiedade e evitamento (ex., situação atual, níveis atuais de sensibilidade de BIS e FFFS).</p>	<p>Indivíduos com o mesmo diagnóstico apresentam constelações sintomáticas idiossincráticas</p> <p>Diferenças entre estímulo temido (atributos do self e exposição dos mesmos) versus consequências temidas (crítica negativa, perda de estatuto).</p> <p>Quatro dimensões gerais: (1) défice percebido das capacidades e comportamentos sociais (2) défice percebido em disfarçar sinais fisiológicos da ansiedade (3) défice percebido na aparência física (4) défice percebido a nível do carácter (eg- traços de personalidade)</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Importância da visualização de imagens • O processamento pós-evento • A hipótese do viés cognitivo combinado • Medo de avaliação positiva • Dificuldades na regulação emocional 			Implicações clínicas no perfil sintomático do cliente, no qual será baseado o protocolo terapêutico personalizado.
Manutenção	Todos os fatores interligados mantêm a ansiedade do indivíduo num movimento circular e previnem a desconfirmação das crenças negativas.	Mecanismo de feedback positivo, onde cada processo aumenta a intensidade do outro, acabando novamente numa representação mental negativamente enviesada.	Círculo de feedback positivo. Comportamentos de segurança e outras estratégias de evitamento são os fatores de manutenção mais críticos.	Todos os fatores interagem uns com os outros de uma forma complexa e transacional, produzindo e mantendo a PAS. Mecanismos de manutenção: processamento enviesado da informação, evitamento e défice de competências sociais.	x	
Tratamento PPE	Reestruturação cognitiva – identificar, discutir e banir. Visualização de vídeos para uma imagem do self mais realista.	Reestruturação cognitiva após exercícios de exposição.	Reestruturação cognitiva – (ex. questões guiadas)	x	x	

Anexo B.

Processos cognitivos e comportamentais estudados na Perturbação da Ansiedade Social e na Perturbação Obsessivo-Compulsiva (Cf. Harvey, 2004).

	PAS	POC
Atenção seletiva	Direcionamento da atenção para pistas sociais potencialmente perigosas, como as expressões faciais (e.g. Hope et al. 1990; Mattia et al. 1993; Maidenberg et al. 1996; Becker et al. 2001 ; Gilboa-Schechtman et al. 1999) Atenção direcionada para estímulos internos, como pensamentos e sensações corporais (Edelmann and Baker 2002)	Direcionamento da atenção para pistas ambientais potencialmente perigosas (e.g. Foa et al. 1993; Lavy et al. 1994; Tata et al. 1996)
Memória seletiva	Viés da memória implícita (Amir et al. 2000; Lundh and Öst 1997) Memorização seletiva. (Wenzel and Holt (2002)	Memória seletiva para “palavras-ameaça” (Foa et al. 1997) Memorização superior para objetos contaminados (Radomsky and Rachman (1999) Memória enviesada (Ceschi et al. (2003)
Raciocínio – heurística da representatividade	Sobre estimação de acontecimentos sociais negativos em detrimento dos não sociais (Lucock and Salkovskis 1988; Foa et al. 1996, Schechtman et al. 2000).	Sobre estimação de consequências negativas (Rachman and Hodgson 1980).
Pensamentos negativos recorrentes: preocupação e ruminação.	Ruminação pós-evento social. Mellings and Alden (2000) Rachman et al. (2000)	Ruminação obsessiva acerca de ações concluídas (e.g. fechei bem a porta?) (van Oppen et al. 1995; Amir et al. 1997; Abramowitz et al. 2001; Rassin and Diepstraten 2003)
Crenças metacognitivas	Elevada responsabilidade quando comparado com controlos não-clínicos (Rachman 1976b; Salkovskis 1985, 1989; Rachman et al. 1995). Foa et al. (2001)	Responsabilidade pessoal elevada face à possibilidade de perigo (Rachman 1976b; Salkovskis 1985, 1989; Rachman et al. 1995). Foa et al. (2001)
Evitamento e comportamentos de segurança	Evitação de situações sociais (APA, 1994, 2001; Clark & Wells 1995; Wells 1997) e uso de comportamentos de segurança (Alden and Bieling 1998).	Funcionalmente, as compulsões podem ser consideradas comportamentos de segurança (Rachman and Hodgson 1980) assim como as compulsões mentais (neutralização) (Rachman 1976b).

Anexo C.

Resumo dos mecanismos em estudo.

Processamento Pós-Evento		Compulsões	
<p>Intrusivo e Ruminante (Brozovich & Heimberg, 2011; D. M. Clark, 1997; Dannahy & Stopa, 2007; Rachman et al., 2000); Associado a maiores níveis de ansiedade social (Dannahy & Stopa, 2007) Amplia viés negativo na recuperação e codificação da memória e processamento do julgamento social (Mellings & Alden, 2000) Associado a um maior impacto negativo na percepção de si e dos outros e na ativação de imagens condutoras à antecipação de um evento futuro (Chiupka et al., 2012). Leva ao evitamento de situações sociais semelhantes (Rachman et al., 2000); uma funcionalidade positiva como processo de tomada de decisão para a reparação de um dano passado ou a prevenção de danos futuros (Fisak, B. e Hammond A. 2013). Em contrapartida, foram até observados efeitos construtivos deste processamento, questionando sua natureza puramente mal adaptativa (Makkar & Grisham, 2012).</p>		<p>Desencadeadas por pensamentos intrusivos que resultam em comportamentos repetitivos (APA, 2013)</p> <p>Realizadas para baixar o nível de ansiedade experienciado, com o objetivo de reparar algum mal ou evitar danos futuros. Existe alívio da ansiedade efêmero mas ocorre o aumento do nível de preocupação experienciada, reforçando o ciclo obsessivo compulsivo (Cordioli e cols, 2009; Salkovskis, 1999).</p>	
		Sensações Internas (INC&ENCC)	ED
Instrumentos	<p>Post-event processing questionnaire (PEPQ; Rachmann <i>et al.</i> 2000), Post-Event Processing Questionnaire-Revised (PEPQ-R; McEnvoy & Kingsep, 2006) e Thought Control Questionnaire (TCQ; Wells & Davies, 2004)</p>	<p>NJRE-Questionnaire (NJRE-Q: Coles et al., 2005), Not Just Right Experiences Questionnaire-Revised (NJREQ-R: Coles et al., 2005; Versão espanhola: Carrasco and Belloch, 2013) e o Obsessive-Compulsive Core Dimensions Questionnaire (OCCDQ: Summerfeldt et al., 2001; Versão espanhola: Carrasco and Belloch, 2013)</p>	<p>Obsessive-Compulsive Core Dimensions Questionnaire (OCCDQ: Summerfeldt et al., 2001; Versão espanhola: Carrasco and Belloch, 2013)</p>
Possível evidência transdiganóstica	Detetado em população não-clínica	Forte correlação das ENCC com PAS (Fergus, 2014)	Vulnerabilidade inerente a todo o espectro das

	(e.g. Makkar e Grisham, 2012; Cody e Teachman, 2010, Fehm et. al, 2008; McEvoy, Mahoney e Moulds, 2010, Kocovskie et. al 2005; Field et al, 2003; Rachman et al. 2000)		perturbações da ansiedade (Barlow, 2000; Brown & Barlow, 1992); considerado um fator de ordem superior na estrutura da Ansiedade (Zinbarg & Barlow, 1996); Uma das dimensões mais diretamente relacionadas com o desenvolvimento de ansiedade crónica (Cloninger, 1988).
--	--	--	--

Anexo D.



Consentimento Informado

O meu nome é Valeria Gore e encontro-me a realizar uma investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Antónia Ros.

O presente estudo tem como objetivo analisar alguns aspetos relacionados com a ansiedade social. Ser-lhe-á pedido que responda a uma bateria de questionários que não lhe deverá tomar mais de 30 minutos do seu tempo. Salientamos que a sua colaboração é voluntária e que os dados que recolhidos serão utilizados de forma **estritamente confidencial e apenas com fins de científicos**.

A sua participação é muito importante e poderá ajudar a compreender os mecanismos que se encontram na base da Perturbação de Ansiedade Social.

Ao responder aos questionários, tenha em conta que não existem respostas corretas ou erradas. Pedimos-lhe que responda de forma sincera e espontânea, seguindo as instruções proporcionadas ao longo do mesmo.

Leia atentamente cada uma das questões, confirmando se possível no final a sua resposta a todas as questões.

Agradecemos desde já a sua atenção.

Anexo E.

Dados Sociodemográficos

1. Sexo

Masculino Feminino

2. Idade: _____

3. Estados Civil:

Solteiro(a) Divorciado(a)/Separado(a) Casado(a)/União de Facto
Viúvo(a)

4. Habilitações Literárias:

Ensino Básico Ensino Secundário Licenciatura Mestrado
Doutoramento

5. Alguma vez lhe foi diagnosticada patologia psiquiátrica?

Sim Não

Se sim, qual? _____

Anexo F.

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 1 a 4, abaixo indicada. Aponte, nas linhas em branco, outras situações que lhe causam desconforto ou que evite mas que não estejam mencionadas.

Situações sociais		<u>Desconforto/An</u> <u>siedade</u> (1=Nenhum; 2=Ligeiro; 3=Médio; 4=Severo)				<u>Evitamento</u> (1=Nunca (0%); 2=Às vezes(33%); 3=Muitas vezes (34-67%); 4=Quase sempre(68-100%))			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	Participar numa atividade de grupo	1	2	3	4	1	2	3	4
2	Comer em público	1	2	3	4	1	2	3	4
3	Beber num local público	1	2	3	4	1	2	3	4
4	Representar, agir ou falar perante uma audiência	1	2	3	4	1	2	3	4
5	Ir a uma festa	1	2	3	4	1	2	3	4
6	Trabalhar enquanto se está a ser observado/a	1	2	3	4	1	2	3	4
7	Escrever enquanto se está a ser observado/a	1	2	3	4	1	2	3	4
8	Telefonar a alguém que não conhece bem	1	2	3	4	1	2	3	4
9	Falar com alguém que não conhece bem	1	2	3	4	1	2	3	4
10	Encontrar-se com estranho/desconhecidos	1	2	3	4	1	2	3	4
11	Urinar num W.C público	1	2	3	4	1	2	3	4
12	Entrar numa sala onde os outros já estão sentados	1	2	3	4	1	2	3	4
13	Ser o centro das atenções	1	2	3	4	1	2	3	4
14	Levantar-se e fazer e fazer um pequeno discurso sem preparação prévia, numa festa	1	2	3	4	1	2	3	4
15	Fazer um teste às suas capacidades, competências ou conhecimentos	1	2	3	4	1	2	3	4
16	Expressar desacordo ou reprovação a alguém que não se conhece muito bem	1	2	3	4	1	2	3	4
17	Olhar diretamente nos olhos de alguém que não se conhece muito bem	1	2	3	4	1	2	3	4
18	Apresentar oralmente um trabalho	1	2	3	4	1	2	3	4
19	Tentar convencer alguém para um relacionamento romântico/sexual (cortejar)	1	2	3	4	1	2	3	4
20	Devolver um artigo e obter reembolso	1	2	3	4	1	2	3	4
21	Dar uma festa	1	2	3	4	1	2	3	4
22	Resistir à pressão elevada dum elevador	1	2	3	4	1	2	3	4
23	Ir a uma entrevista para arranjar emprego	1	2	3	4	1	2	3	4

24	Pedir informação a uma pessoa desconhecida (ex: perguntar as horas, o nome da rua, morada, etc.)	1	2	3	4	1	2	3	4
25	Juntar-se numa mesa de café, a um grupo de colegas que não se conhece bem	1	2	3	4	1	2	3	4
26	Pedir um favor a outra pessoa	1	2	3	4	1	2	3	4
27	Falar com uma pessoa que admire	1	2	3	4	1	2	3	4
28	Numa festa, participar em jogos e/ou danças	1	2	3	4	1	2	3	4
29	Convidar alguém, pela primeira vez para sair	1	2	3	4	1	2	3	4
30	Aproximação do empregado quando se entrou numa loja só para ver	1	2	3	4	1	2	3	4
31	Conversar com pessoas do sexo oposto	1	2	3	4	1	2	3	4
32	Aceitar um elogio	1	2	3	4	1	2	3	4
33	Participar num encontro com pessoas de cultura diferente	1	2	3	4	1	2	3	4

34	Ir a uma discoteca com um(a) amigo(a)	1	2	3	4	1	2	3	4
35	Pedir a outra pessoa que mude um comportamento que nos desagrada	1	2	3	4	1	2	3	4
36	Ser chamado ao gabinete do chefe ou professor	1	2	3	4	1	2	3	4
37	Falar com alguém uma língua estrangeira que não se domina bem	1	2	3	4	1	2	3	4
38	Fazer um exame oral	1	2	3	4	1	2	3	4
39	Queixar-se quando alguém tenta passar à sua frente numa fila	1	2	3	4	1	2	3	4
40	Ser chamado para “ir ao quadro”	1	2	3	4	1	2	3	4
41	Tomar a iniciativa de colocar em questão ou pedir um esclarecimento numa aula ou reunião	1	2	3	4	1	2	3	4
42	Responder a uma questão colocada pelo professor no meio da aula	1	2	3	4	1	2	3	4
43	Chegar atrasado(a) ou adiantado(a) a uma reunião ou aula	1	2	3	4	1	2	3	4
44	Falar com pessoas numa condição sociocultural superior	1	2	3	4	1	2	3	4

Das situações atrás apontadas escolha, agora, as cinco situações que provocam mais desconforto, colocando os respetivos números nos quadros abaixo indicados:

--	--	--	--	--

A sua participação foi muito importante. Obrigado!

Anexo G.

QUESTIONÁRIO OC-TCDQ*

Nome e

Apelido: _____

Idade: _____ Gênero: Homem Mulher.

Ocupação: _____

Data: _____ N^oidentificação _____

Por favor, leia cada uma das frases, e decida até que ponto expressam como you think, feel and act HABITUALMENTE. Não pense demasiado nas repostas. Não há respostas corretas ou incorretas, acertadas ou erradas. Não deixe nenhuma frase sem qualificar.

1	Fico apreensivo/a, como se algo de mau fora ocorrer ou tivesse ocorrido.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
2	Sinto que devo fazer as coisas de uma maneira fixa, embora custe-me exprimir essa maneira com palavras.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3	Embora seja muito improvável que se produza um dano, sinto a necessidade de preveni-lo a qualquer custo.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
4	Incomoda-me a sensação de que as coisas são imperfeitas, (ex. as minhas pertenças, ideias, ou tarefas que há que fazer).	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
5	Há coisas que temo que ocorram se não tomo certas medidas para preveni-las.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
6	Se não faço as coisas de uma determinada forma não me sinto bem.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
7	Dá-me a impressão de que as coisas são mais ameaçadoras para mim que para outras pessoas.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
8	Sinto-me forçado/a a repetir ou prolongar atividades ou tarefas até parecer-me que estão do	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

	todo bem, ou completamente corretas.					
9	Há coisas concretas em torno de mim, que poderiam fazer-me dano ou fazer dano às pessoas que me importam.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
10	As atividades rotineiras levam-me mais tempo do que deveriam, porque não me parece que estejam perfeitamente acabadas	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
11	Há algumas consequências que assustam-me mais do que a maioria da gente.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
12	Perco muito tempo tentando que as coisas me saiam “completamente corretas”.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
13	Parece que estou a procura dos perigos nas situações.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

14	Não nada como a sensação que tenho quando por fim completa-se algo satisfatoriamente.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
15	Tenho medos que gostaria de ignorar, mas não consigo.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
16	Sou muito cuidadoso acerca do aspeto ou aparência que devem ter as coisas, ou como devem fazer-se.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
17	Não posso evitar pensar sobre as coisas más que poderiam ocorrer.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
18	Demoro muito tempo em sentir-me seguro/a acerca de certas coisas.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
19	Há situações e coisas que dão-me tanto medo que gostaria de poder evitá-las completamente.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
20	Sei que tenho feito bem, quando tenho uma determinada sensação interior	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE COMPLETOU TODO O QUESTIONARIO

MUITO OBRIGADO!

Anexo H.

NJRE¹

Not-Just-Right-Experiences–Sensation Questionnaire

Este questionário tem como objetivo estudar o que se conhece como "*Experiências não completamente corretas (NCC)*". A melhor maneira de definir estas experiências são aqueles momentos em que temos a sensação subjetiva de que "*algo não é, ou não está, exatamente como deveria ser, ou como deveria estar*".

Existem muitos tipos de experiências NCC. A seguir apresentamos alguns exemplos para o ajudar a compreendê-las. Normalmente, estas experiências duram um tempo limitado: às vezes são momentâneas e outras vezes duram mais. Todas estas experiências têm origem em nós próprios quando nos sentimos inquietos por algo interior ou devido a uma sensação vaga de que algo não está bem no mundo que nos rodeia. Leia os exemplos que se seguem antes de começar a responder.

Exemplos do que SÃO experiências NCC

- Sentir que se pode ter esquecido de algo;
- Uma sensação física estranha que não se reconhece;
- A sensação que temos quando pensamos que não fizemos algo suficiente bem;
- Sentir-se inseguro ou vulnerável sem motivo aparente;
- Sentir que os objetos não estão organizados exatamente do modo correto, ou como deveriam estar.

Em seguida, apresenta-se um conjunto de experiências NCC para que posteriormente escolha a que lhe aconteceu mais recentemente e responda a algumas perguntas sobre a mesma. Por favor, leia cuidadosamente a lista de experiências NCC e indique se experimentou ou não cada uma delas durante o último mês.

¹ NJRE- Coles, Frost, Heimberg e Rhéaume. Behav. Res & Ther, 2003, 41, 681-700.

ACONTECEU-LHE ISTO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

1.	Depois de me vestir tive a sensação de que parte da minha roupa (etiquetas, golas, pernas das calças, etc.) me incomodava.	Não	Sim
2.	Ao guardar um livro na estante, tive a sensação de que não se conseguia ver completamente bem no meio dos outros livros.	Não	Sim
3.	Ao fechar a porta de casa, tive a sensação de notar que o fecho da porta não encaixava corretamente.	Não	Sim
4.	Ao dobrar a roupa tive a sensação de que não tinha a aparência que deveria ter a roupa dobrada.	Não	Sim
5.	Ao escrever algo, tive a sensação de que as palavras não tinham exatamente o aspeto que eu pretendia.	Não	Sim
6.	Ao falar com pessoas, tive a sensação de que as minhas palavras não soavam bem.	Não	Sim
7.	Ao organizar o meu escritório, tive a sensação de que os meus papéis e as outras coisas não tinham um aspeto totalmente correto.	Não	Sim
8.	Ao colocar uma fatura ou uma carta na caixa do correio, tive a sensação de que a maneira como introduzi o envelope na caixa do correio e fechei a tampa, não foi a mais correta.	Não	Sim
9.	Depois de lavar as mãos uma vez, tive a sensação de que não as sentia como é suposto sentir as mãos limpas.	Não	Sim
10.	Ao colocar um quadro na parede, tive a sensação que não ficava completamente bem.	Não	Sim

11. A experiência **NCC da lista** anterior que me aconteceu mais recentemente foi a seguinte:

12. A última vez que me aconteceu foi:

1	Nas últimas horas.
2	No último dia.
3	Na última semana.
4	No último mês.

Pensando agora na EXPERIÊNCIA NCC ANTERIOR, responda às seguintes questões:

13. Com que **frequência** experimentou essa experiência?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca		No último ano		No último mês		No último dia

14. Qual foi a **intensidade** dessa experiência NCC?

1	2	3	4	5	6	7
Nada intensa			Moderadamente intensa			Extremamente intensa

15. Em que medida essa experiência lhe causou **mal-estar NESSE MOMENTO**?

1	2	3	4	5	6	7
Nenhum mal-estar			Mal-estar moderado			Mal-estar extremo

16. Em que medida essa experiência continuou a causar-lhe **mal-estar AO LONGO desse dia**?

1	2	3	4	5	6	7
Nenhum mal-estar			Mal-estar moderado			Mal-estar extremo

17. Em que medida sentiu que não podia **tirá-la** da cabeça?

1	2	3	4	5	6	7
Nenhuma dificuldade			Dificuldade moderada			Dificuldade extrema

18. Em que medida sentiu **necessidade** de fazer algo para remediar esta experiência?

1	2	3	4	5	6	7
Nenhum impulso para fazer algo			Impulso moderado para fazer algo			Impulso extremo para fazer algo

19. Em que medida sentiu que era **responsável por** fazer algo para remediar essa experiência?

1	2	3	4	5	6	7
Nada responsável			Moderadamente responsável			Extremamente responsável

Anexo I.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (DASS-21) EADS-21

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0	1	2	3
Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim de muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Anexo J.

PEPQ

(Fehm et al., 2008; Tradução e adaptação: Seabra, D. & Salvador, M. C., 2014)

• Instruções:

Por favor, tente lembrar-se de uma situação social específica em que tenha sentido medo ou ansiedade exagerados e irrealistas, o que o fez sentir-se incomodado ou envergonhado. É essencial que se trate de um acontecimento real e concreto que lhe tenha acontecido realmente. Verifique as situações descritas abaixo. Escolha aquela que mais se aplica ao seu caso. Lembre-se que a situação precisa de ser significativa para si e não ter acontecido há mais de 6 meses. Se se lembrar de várias situações, por favor, escolha aquela que do seu ponto de vista foi a mais importante ou a que teve maior impacto na sua vida do dia-a-dia.

Qual foi a situação que lhe provocou mais medo ou ansiedade?

- 1 Falar em frente de um grupo (p.e. uma palestra, uma apresentação de um trabalho numa aula);
- 2 Ir ou estar numa festa ou acontecimento público;
- 3 Falar com uma pessoa com autoridade, como um professor (no contexto escolar) ou um chefe (no contexto profissional);
- 4 Falar numa atividade de grupo;
- 5 Utilizar uma casa de banho pública;
- 6 Devolver um artigo que comprou numa loja (a essa mesma loja);
- 7 Iniciar ou manter uma conversa;
- 8 Experimentar uma opinião diferente ou expressar desacordo;
- 9 Telefonar ou conversar com uma pessoa que não conhecia bem;
- 10 Tentar conhecer ou falar com alguém para iniciar um relacionamento amoroso ou sexual;
- 11 Ter um encontro amoroso ou um encontro com alguém que não conhecia muito bem;
- 12 Fazer um exame oral;
- 13 Comer, beber ou escrever em público;
- 14 Fazer um telefonema quando outras pessoas estavam a ouvir;
- 15 Dar uma festa;
- 16 Encontrar-se com outras pessoas, estar num grupo, numa reunião ou num *workshop*;
- 17 Ser criticado;
- 18 Outra situação. Qual? _____

Se não marcou a situação correta com um X, faça-o agora e ao responder às perguntas que se seguem tenha sempre presente a situação que escolheu. As respostas devem ser dadas em relação ao acontecimento que escolheu e marcadas numa escala de **0 (Não ou nunca)** a **100 (Fortemente ou muitas vezes)**.

1. Depois de lhe ter acontecido essa situação, pensava frequentemente nela?	
2. Lembrava-se repetidas vezes da situação, mesmo quando não se queria lembrar?	
3. Os pensamentos sobre o que lhe aconteceu tiveram um impacto negativo na sua capacidade de concentração?	
4. Era-lhe difícil esquecer o que se tinha passado?	
5. Fazia um esforço consciente para não se lembrar dessa situação?	

6. Se pensou várias vezes no que lhe aconteceu, sentia-se pior cada vez que pensava? Ou seja, com o tempo, o sentimento de vergonha ou embaraço aumentou?	
7. Dava por si a pensar no que poderia ter feito para evitar ou prevenir o que fez ou sentiu nessa situação?	
8. Desejava poder voltar atrás no tempo e desfazer o que estava feito ou voltar a fazê-lo mas, desta vez, melhor?	
9. Como consequência do que lhe aconteceu, procura agora evitar conscientemente situações semelhantes?	
10. Se já antes procurara evitar situações do mesmo género, a situação que referiu reforçou a sua vontade de evitar acontecimentos semelhantes no futuro?	
11. Sentia-se envergonhado quando se lembrava do seu comportamento nessa situação?	
12. Pensou no sentimento de medo ou ansiedade que sentiu durante a referida situação?	
13. Cada vez que se lembrava da situação em causa, vinham-lhe à ideia outras situações em que se tinha comportado de modo semelhante?	
14. Criticava-se a si próprio pelo seu comportamento durante aquela situação?	
15. Pensava sobre o que lhe aconteceu muito mais vezes do que queria?	
16. Preocupava-se com os comportamentos ou reações físicas que aconteceram durante a referida situação?	
17. Por favor marque com uma cruz ou um círculo a afirmação que melhor descreve o que sentiu depois da situação referida e a seguir marque a intensidade da sua resposta na escala indicada:	
No meu pensamento, ao lembrar-me da referida situação, a minha perspetiva foi a de que <u>eu estava a assistir ao que me aconteceu através dos meus próprios olhos</u> e observava periféricamente as coisas à minha volta.	
No meu pensamento, ao lembrar-me da referida situação, a minha perspetiva foi a de que <u>a situação se estava a passar fora de mim, como se eu fosse um espectador e me estivesse a ver a mim próprio a atuar nessa situação.</u>	