



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO



AUXILIATRICE CANESCHI BADARÓ

**AS CRENÇAS COGNITIVAS E SUAS RELAÇÕES COM SINTOMAS DE ANSIEDADE
SOCIAL E DEPRESSÃO**

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço

Juiz de Fora

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO



AUXILIATRICE CANESCHI BADARÓ

AS CRENÇAS COGNITIVAS E SUAS RELAÇÕES COM SINTOMAS DE ANSIEDADE
SOCIAL E DEPRESSÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Psicologia por
Auxiliatrice Caneschi Badaró
Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço

Juiz de Fora

2015

Termo de Aprovação

Dissertação defendida em 09 de Fevereiro de 2015, pela banca constituída por:

Prof. Dr. Maycoln Teodoro
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof^a. Dr^a. Fabiane Rossi
Universidade Federal de Juiz de Fora

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora
2015

Dedico este trabalho à pessoa que mais acreditou em mim, investiu tempo, dinheiro, amor e preocupações. Seu cuidado não tem preço, te amo muito!

Para meu exemplo de força,
Maria Edith Caneschi Badaró

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho foi um dos grandes marcos em minha vida, tanto do ponto de vista de meu crescimento acadêmico quanto do meu desenvolvimento pessoal. Veio consolidar algumas ideias e me fez repensar muitas outras, contudo, essa conquista não é só minha. Essa jornada teve muitos atores, aos quais quero agradecer.

Primeiramente, agradeço à minha mãe, meu pilar estrutural, aquela que permitiu que tudo isso acontecesse. Entre incentivos, forças, ajudas e telefonemas, seu amor e confiança em meu potencial foram o grande combustível desse trabalho. Sempre ao meu lado de braços e portas abertas, me ensinou a ser forte e perseverante para enfrentar quaisquer dificuldades, e fez com que tudo fosse mais leve. Agradeço ainda aos meus irmãos, pelos conselhos e suportes oferecidos. Não seria a mesma coisa sem vocês!

Aos amigos, vai um agradecimento especial. Obrigada pela paciência, discordâncias, ajudas e boas conversas, bons momentos que me permitiram pensar cada vez mais e evoluir em minha busca por conhecimento e bom senso. Foram grandes gênios que cruzaram meu caminho e me ensinaram a crescer cada dia mais, pessoas enviadas por Deus para direcionar cada passo meu, organizando minhas aflições, oferecendo amparo e me desafiando em todas minhas possibilidades. Esse título também é de vocês!

Ao meu bem, Carlos Eduardo, agradecimentos não são suficientes. Mestre da paciência e cuidado, psicólogo de finais de semana, foi meu porto seguro e me fez chegar até o fim. Sempre salvando os dias com seus conhecimentos ímpares em resolução de problemas e abrindo espaços para que eu conseguisse concluir tudo que era necessário. Seu companheirismo me faz muito bem, te amo!

Ao Nevas, Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social, e todos seus membros, que me acolhem e permitem que eu faça parte de trabalhos tão importantes. Agradeço particularmente aos companheiros Daniel, Jade, Amanda, Gisele e Flaviane, que contribuíram diretamente com a pesquisa e possibilitaram sua conclusão.

Aos professores, orientadores, em especial Lelio Lourenço, pelo apoio, pela experiência oferecida, seus conhecimentos infinitos, pelo zelo e dedicação. Obrigada por compartilhar um pouco de sua sabedoria e acolher da melhor forma esse meu momento.

À minha banca de qualificação e defesa, pela atenção e pelas contribuições preciosas. Saibam que cada sugestão foi acolhida com muito carinho e admiração.

Já finalizando, não posso deixar de agradecer à CAPES e à FAPEMIG, pelo apoio financeiro, e à UFJF, pela oportunidade de poder contribuir um pouco mais para a formação de

novos conhecimentos. A ciência pede estudos sérios e comprometidos, e apenas boas instituições podem responder a esse pedido.

Ao Centro de Ensino Superior (CES) – JF e ao Centro de Psicologia Aplicada (CPA), por abrir suas portas para minha pesquisa de forma prestativa e hábil. Contribuíram muito para que o trabalho fosse realizado.

É muito importante poder compartilhar esse título com vocês. Só tenho a dizer a todo esse elenco,

Muito obrigada!

RESUMO

A Ansiedade Social tem sido subdiagnosticada na clínica de psicologia devido às comorbidades que apresenta. A depressão tem sido a comorbidade mais frequente relacionada à ansiedade social, e uma das mais graves também, podendo levar à morte do paciente. Nesses casos, os diagnósticos podem se confundir, comprometendo o tratamento. **Objetivo:** Esse estudo buscou entender melhor, a partir das crenças cognitivas, as semelhanças e diferenças desses transtornos e da influência de um sobre o outro, auxiliando na sua identificação e possibilitando melhores intervenções a partir de uma percepção mais direcionada. Teve como objetivo principal correlacionar os grupos de ansiosos sociais e deprimidos, e entender quais crenças eles compartilham e suas intensidades. **Métodos:** A população alvo se constituiu de maiores de 18 anos, atendidos pelo Centro de Psicologia Aplicada (CPA) – UFJF e pela Clínica Psicológica do CES, JF. Em acordo com a instituição e os terapeutas que iriam atender esses pacientes, foram selecionadas pessoas que iniciaram o atendimento no CPA e no CES com queixas que tendem a um diagnóstico de depressão ou ansiedade social. Posteriormente foram aplicados os seguintes instrumentos de pesquisa: Inventário de Ansiedade Social Liebowitz, Escala de Depressão Baptista para Adultos – EBADEP-A e Inventário da Tríade Cognitiva - ITC. Os dois primeiros rastrearam a possibilidade de um diagnóstico em ansiedade social e depressão, e o último avaliou as crenças cognitivas desses grupos. **Resultados:** Os resultados indicaram que deprimidos vivenciam crenças mais disfuncionais sobre si, o mundo e o futuro quando comparados com os ansiosos sociais, de forma que esses grupos se diferenciaram significativamente a partir desse critério. O grupo de comorbidade entre ansiedade social e depressão se mostrou mais comprometido que os outros em relação a essas crenças, se diferenciando do grupo de depressão apenas na crença de “futuro negativo”. Aqueles que apresentaram apenas alto escore em ansiedade social não se mostraram significativamente diferentes dos participantes que não obtiveram pontuações importantes no EBADEP-A e Liebowitz.

Palavras-chave: Ansiedade Social, Depressão, crenças cognitivas, comorbidades.

ABSTRACT

Social Anxiety has been underdiagnosed at psychology clinics due the comorbidities it shows. Depression appears frequently between those psychological disorders related to social anxiety, figuring as one of the most severe, capable of causing the patient's death. In these cases, diagnoses may be confusing, affecting treatment. **Objective:** this study sought to better understand, through cognitive beliefs, the similarities and differences between these disorders and its mutual influences, helping to identify them and to improve interventions through more focused perceptions. The main objective was to correlate the groups of social anxious and depressed, and understand which beliefs they share and its intensity. **Methods:** subjects of the study were people older than 18 years under treatment at the Applied Center of Psychology (CPA) - UFJF and at the Psychological Clinic of CES, JF. It was agreed with these institutions and the therapists to select those who started their treatment at CPA and CES, and whose complaints leans to a diagnosis of depression or social anxiety. Afterwards, it was applied the following instruments of research: Liebowitz Social Anxiety Inventory, Baptista Depression Scale for Adults - EBADEP-A and Cognitive Triad Inventory - ITC. The first two screened the possibility of social anxiety and depression diagnosis, and the last assessed cognitive beliefs in these groups. **Results:** the results indicate that depressed individuals experience more dysfunctional beliefs about themselves, the world and the future when compared with socially anxious individuals. Hence, both groups are significantly different concerning this criterion. The group of comorbidity between social anxiety and depression appeared much more affected than the others concerning these beliefs, differing from the depression group only in the "negative future" belief. Those who exhibited high scores only for social anxiety didn't differed significantly from subjects who didn't achieved substantial scores at EBADEP-A and Liebowitz.

Keywords: Social Anxiety, Depression, cognitive beliefs, comorbidities

LISTA DE ANEXOS

Anexo I	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	44
Anexo II	Escala de depressão Bapstista para adultos (EBADEP-A).....	45
Anexo III	Escala de Ansiedade Social Liebowitz.....	48
Anexo IV	Inventário de Crenças Cognitivas (ITC).....	49

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE ANEXOS.....	viii
CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 2: REVISÃO DE LITERATURA	3
CRENÇAS COGNITIVAS.....	3
DEPRESSÃO.....	8
CRENÇAS E DEPRESSÃO.....	9
ANSIEDADE SOCIAL	12
CRENÇAS E ANSIEDADE SOCIAL	14
ANSIEDADE SOCIAL EM COMORBIDADE COM DEPRESSÃO	17
CAPÍTULO 3: OBJETIVOS.....	19
OBJETIVO GERAL.....	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
CAPÍTULO 4: METODOLOGIA	20
PARTICIPANTES.....	20
DESENHO.....	20
TAMANHO DA AMOSTRA.....	21
INSTRUMENTOS.....	21
PROCEDIMENTOS.....	23
ANÁLISE DOS DADOS.....	23
CAPÍTULO 5: RESULTADOS	24
RESULTADOS ENCONTRADOS.....	24
DISCUSSÕES	35
CAPÍTULO 6: CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39
ANEXOS	44

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

A psicologia, junto com a psiquiatria, é o campo de estudo direcionado aos transtornos mentais, que são definidos como condição psíquica que gera sofrimento ou prejuízo ao próprio sujeito ou àqueles com quem convive, segundo o DSM V (APA, 2013). Os sintomas são os principais indicativos de uma condição psicopatológica, podendo ser analisados quanto à forma e o conteúdo. A forma do sintoma se refere aos aspectos estruturais básicos, presentes nos diferentes pacientes (pensamento obsessivo, delírio, ansiedade, etc.), já o conteúdo diz respeito às características mais particulares dos sintomas, é aquilo que preenche as estruturas, depende da história de vida, contexto e características pessoais (Dalgalarondo, 2008). Muitas vezes os sintomas são usados na divisão entre normal e patológico, mas essa relação não é tão simples e consensual.

Para Dalgalarondo (2008), essa é uma área que exige uma postura constantemente crítica por parte dos profissionais, uma que vez que o conceito de normalidade é controverso e pode variar segundo os critérios dos quais se parte. Ele aponta as diferentes formas de normalidades segundo a medicina e a psicopatologia: normalidade como ausência de doença, normalidade ideal, normalidade estatística, normalidade como bem estar, normalidade funcional, normalidade como processo, normalidade subjetiva, normalidade como liberdade e normalidade operacional. Aprofundar nesses conceitos não é o objetivo desse trabalho, mas é importante notar que essa variação de visões sobre o que é normal influencia diretamente a percepção de transtorno e as diferentes formas de intervir clinicamente.

Uma das abordagens atuais da Psicologia é a Terapia cognitivo-comportamental Beckiana, criada por Aaron Beck na década de 1960, a qual considera os sintomas psicopatológicos como consequências do funcionamento cognitivo e comportamental disfuncional e desadaptativo (Araújo, Lucena-Santos & Catro, 2013; Dalgalarondo, 2008). Inclui, ainda, aspectos genéticos/biológicos, culturais, familiares, contextuais e inter-relacionais, na construção dos arranjos cognitivos, interferindo diretamente no desenvolvimento e manutenção de transtornos mentais (Araújo *et al*, 2013; Wright, Basco & Thase, 2008; Beck, 2013).

A perspectiva de Beck afirma que há uma relação entre os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos, de modo que interagem e se influenciam mutuamente. Dessa forma, a um comportamento ou sentimento corresponde um pensamento, e vice-versa, formando uma tríade. Esses pensamentos refletem as percepções que o indivíduo possui

sobre si mesmo, o mundo e o futuro, conhecidas como crenças. (Beck, 2013; Wright *et al*, 2008).

Crenças são representações simbólicas, com base nas línguas naturais, que têm origem nas experiências pessoais e define uma relação entre objetos (abstratos ou concretos) e entre propriedades atribuídas a eles. Elas apresentam cinco características básicas: são proposições sobre objetos no mundo (físico, cognitivo, da linguagem), aceitas por pelo menos uma pessoa, transmitidas subjetivamente em níveis qualitativamente variáveis de convicção, podem ser observadas quando declaradas ostensivamente e estão presentes em processos cognitivos de um modo geral, exercendo influência na percepção e interpretação de fatos, na formação de identidades, em relações interpessoais e em processos sociais (Krüger, 1995).

Dessa forma, é possível afirmar que a partir da interação entre genética, ambiente familiar e experiências significativas na vida do indivíduo, ele desenvolve determinadas crenças. A partir dessas crenças centrais, vão se formando crenças intermediárias, que são pressupostos, regras e atitudes frente a determinadas situações. Em cada caso, os pensamentos automáticos são os pensamentos que surgem de imediato nesses contextos, muitas vezes nem identificados pelo sujeito, e refletem as crenças, afetando a forma como a pessoa se sente e se comporta (Beck, 2013).

As crenças centrais são as mais rígidas e mais difíceis de serem acessadas. Essas crenças passam a ser entendimentos muito centrais, tão fundamentais para sua orientação no mundo que muitas vezes não são questionados e nem mesmo percebidos pelo sujeito, tornando-se verdades absolutas. O conjunto dessas crenças e a forma como elas interagem entre si são chamados de “esquemas de crenças” ou “esquemas cognitivos”. Dessa forma, os esquemas são definidos como matizes ou regras fundamentais para o processamento de informação (Wright *et al*, 2008).

Entre os ansiosos sociais, por exemplo, são comuns crenças de que necessitam de habilidades sociais importantes, que não são adequados e que seu comportamento social não é apropriado (Hope, Heimberg & Turk, 2012). Falcone (2001) já destacava que esse comportamento os torna mais críticos em relação a si mesmos, levando-os a apresentar comportamentos que reforçam essas crenças, uma vez que ao entrar em uma situação social, o indivíduo com ansiedade social volta a atenção para si mesmo, num processo chamado de atenção autofocada,

De acordo com a Terapia cognitivo-comportamental Beckiana, ao alterar um pensamento automático e questionar uma crença cognitiva, muda também o sentimento diante de determinada situação ou objeto, assim como o comportamento gerado por eles (Beck, 2013). Essas crenças podem estar em desacordo com a situação vivida, ou não. Esse modelo terapêutico busca uma crença mais adaptativa e funcional, reestruturando aquela que se mostrava errônea, ou fornecendo meios de lidar com o contexto estressor, quando a crença está em acordo com ele, abrindo espaço para novas crenças a partir de resoluções mais eficazes de problemas. Ao se reestruturar essa condição cognitiva, novos sentimentos aparecerão e a pessoa se comportará de forma diferente também, aliviando os sintomas e alcançando atividades desejadas (Wright *et al*, 2008).

É devido ao pressuposto de que o importante é a forma como o indivíduo percebe as situações impostas pela vida, que a Terapia cognitivo-comportamental se propõe a ser diretiva, ativa e estruturada na busca de ensinar o paciente a reconhecer suas crenças e pensamentos e suas relações com a forma como ele se sente e se comporta, bem como reconhecer as distorções e alterar tais interpretações para que se tornem mais funcionais àquela realidade. Esse trabalho terapêutico não objetiva estimular o paciente a ter pensamentos positivos, mas a fazer uma análise mais precisa da realidade e construir percepções mais adequadas a ela (Araújo *et al*, 2013).

CAPÍTULO 2: REVISÃO DE LITERATURA

Crenças Cognitivas

Apesar de sua atualidade, ao longo da história vários autores já tentavam compreender como o ser humano elabora conhecimentos e crenças sobre o mundo baseados na experiência. A explicação do comportamento humano através de associações estabelecidas por aprendizagem (direta ou indireta) está presente em muitas teorias antigas e atuais, sendo estudada inclusive pela neurociência contemporânea. Essa passagem pela história auxilia no entendimento das conceituações de crenças, sua complexidade e importância na vida humana.

No século XVIII, o filósofo empirista Hume já apontava que todas as impressões sobre as coisas do mundo se davam a partir de experiência, destacando que o conhecimento consistia na formação de associações, como aquela entre causa e efeito, oriundas da repetição

de eventos (Hume, 2006). Para Hume, a organização dos estímulos estava associada ao funcionamento mental, pois, segundo o filósofo, os conceitos eram unificados através de fragmentos. Estes fragmentos podiam referir-se tanto à união de estímulos em uma percepção ou à associação entre ideias, como quando o hábito permite a conclusão da existência de um objeto pela observação de outro. Esse processo desencadeava crenças a respeito de como os fenômenos observados se comportam ou devem se comportar.

Dois séculos depois de Hume, o cientista russo Ivan Pavlov (1927) foi capaz de determinar experimentalmente associações semelhantes, através do condicionamento de reflexos em cães. Suas ideias deram origem a uma fértil vertente de pensamento chamada Behaviorismo, que possibilitou a elaboração de experimentos e teorias cada vez mais aprofundados e abrangentes, que pretendiam explicar todo o funcionamento humano a partir de instâncias de condicionamento, por meio dos processos de estímulo-resposta (Skinner, 1974; Thorndike, 1911). Esses resultados fortalecem a aprendizagem como condicionantes da formação de ideias e o reforço como determinante na construção de crenças e comportamentos (Lane, 1988)

Esses modelos, entretanto, foram alvos de diversas críticas, como as advindas da Psicologia da Gestalt, que mostravam como tais princípios não eram suficientes para explicar toda a natureza humana, sendo que o funcionamento mental, em suas diversas dimensões, envolve ações mais acuradas, impossíveis de serem abarcadas pela mera reação a estímulos (Guillaume, 1960; Köhler, 1968). Cumpre ressaltar que a perspectiva Behaviorista tinha como enfoque predominante o condicionamento, em suas diversas formas, mas também tentava levar em conta aspectos tão distintos como a percepção, o raciocínio abstrato e a capacidade inventiva (Skinner, 1974).

A Psicologia da Gestalt se ocupou principalmente da organização da percepção de estímulos, mas também tratou da organização mental de eventos diversificados, como os abordados por Hume (Guillaume, 1960; Köhler, 1968; Penna, 1993; Vernon, 1974). Os achados da Psicologia da Gestalt, nos estudos de semelhanças, contiguidade e causalidades foram capazes de determinar sutis nuances de forças e leis de associação, bem como experimentos mais controlados para poder determinar definitivamente sua existência e intensidade na estruturação das representações.

Esse complemento da Gestalt às ideias de Hume se faz também no entendimento dos mecanismos de formação de crenças, uma vez que os eventos em si não são os únicos componentes envolvidos nessas apreensões sobre si e o meio, havendo um componente

adicional capaz de organizar as informações. Esses mecanismos possuem caráter individual e permitem que a interpretação e processamento de informação tome características particulares (Kesseling, 2008).

Os mesmos fenômenos foram investigados na Psicologia Cognitiva moderna e nas Neurociências, envolvendo modelos computacionais e teorias biológicas de circuitos neuronais relacionados à identificação de estruturas completas a partir de fragmentos de estímulos, apresentados nas mais variadas configurações e tipos (Barlow, 1972; Eysenck & Keane, 2005; Hubel, 1988; Martin, 1994; Ramachandram & Gregory, 1991). Estudos recentes têm descoberto os fundamentos fisiológicos para a associação de estímulos (responsáveis pelo conhecimento e formação de ideias sobre determinado objeto, situação ou fenômeno) em nível cortical, envolvendo a sensibilização de neurônios, com uma maior consolidação sináptica quando potenciais excitatórios pós-sinápticos (PEPS) distintos atingem as células-alvo à medida que o intervalo entre eles diminui, constituindo o efeito chamado *Potenciação de Longa Duração* (LTP, do inglês *Long Term Potentiation*). Por outro lado, nenhum efeito é observado quando se observa um pico de potencial ou um PEPS isolado, sendo necessária a coincidência de estímulos para que haja uma coordenação entre a retirada de íons magnésio (Mg^{2+}) e a entrada de íons cálcio (Ca^{2+}), repercutindo na ativação dos mecanismos que fortalecem a sinapse (Bailey & Kandel, 1993; Bliss & Collingridge, 1993; Bourne & Nioll, 1993; Davis & Squire, 1984; Greenough & Bailey, 1988; Lisman & Fallon, 1999; Markran, Lubke, Frostscher & Sakmann, 1997; Morris, Kandel & Squire, 1988; Schwartz, 1993).

Esses estudos mostram que existe não apenas uma determinação teórica da associação entre estímulos, mas também comprovam e tentam explicar, do ponto de vista comportamental e neurológico, a ocorrência desse fenômeno, mostrando que a consolidação de uma sinapse depende da associação de estímulos, assim como a formação de uma crença depende da associação de objetos e sensações na experiência.

Entretanto, o tratamento dado pelos citados autores restringe o achado à sua dimensão biológica, não sendo capaz de realizar um processamento que extrapole as fronteiras da análise fisiológica e leve a perspectiva além, adentrando os diversos domínios da experiência humana. Contudo, não é difícil perceber essa relação entre processamentos de informação e os aspectos emocionais, como tratado pela Psicologia Cognitiva e posteriormente pela Terapia cognitiva.

Um grande colaborador dessa relação foi Piaget, que determinou que através dos mecanismos mentais é possível organizar as experiências, defendendo que era necessário descobrir o que o indivíduo tira de suas experiências e o que ele acrescenta a elas (construção ativa do conhecimento a partir da experiência). Sua teoria afirmou que é através da interação com o mundo (resposta aos estímulos dados por ele) que se dá a adaptação ao meio, e isso permite que as capacidades mentais se expandam (Kesselring, 2008; Davidoff, 2001)

De acordo com a teoria piagetiana, dois processos são fundamentais no desenvolvimento humano, e eles permitem a aprendizagem e adaptação ao mundo, são: assimilação e acomodação. A assimilação é o mecanismo pelo qual categorizamos novos eventos a partir de termos que já nos são conhecidos; e a acomodação é a maneira como se criam novas estratégias ou se modificam as antigas (ou a nova) para que elas possam ser assimiladas (Kesselring, 2008; Davidoff, 2001). É a partir daí que se começa a interagir com o mundo, criando percepções e interpretações a partir de bases existentes, através das quais pode-se inferir as formações de crenças.

O desenvolvimento social permite unir todos esses processos mentais já apontados (percepção, resposta a estímulo, entendimento sobre o mundo, associação de ideias e eventos, entre outros) para nos orientar enquanto seres que convivem em sociedade. Para além das orientações que desenvolvemos sozinhos, somos influenciados por esse contexto social (família, escola, amigos, etc.) que nos passa valores, metas, motivos e orienta nosso comportamento. Os vínculos afetivos são altamente relacionados aos nossos mecanismos de sobrevivência, e também a condicionantes sociais (Lane, 1988; Krüger, 1995; Davidoff, 2001). Eles funcionam como mediadores e consequências dessas experiências até agora referidas, intensificando-as e configurando todos os processos psicológicos responsáveis por nossa comunicação com o mundo, mediada pelas crenças (Beck, 2013).

Uma vez desenvolvida uma percepção sobre determinado assunto, objeto ou fenômeno, a partir dos mecanismos discutidos até agora, todos os processos mentais passam a funcionar a partir desse “conhecimento” estabelecido, que nada mais é que a crença, permitindo a orientação no mundo. É possível citar, como exemplo prático observado na clínica cognitivo-comportamental, as distorções cognitivas. Essas se referem à forma tendenciosa que o processamento de informação toma, reforçando cada vez mais as próprias crenças (percepções) (Wright *et al* 2008).

Helmut Krüger é um dos autores que estudam especificamente as crenças cognitivas, Krüger (1995) diz que é notório que a ideia de "crença" já era encontrada na Grécia Antiga,

onde se separavam as "verdades" das "opiniões dos homens", merecendo, estas últimas, tanta consideração quanto as primeiras, embora desprovidas de valor teórico. Entretanto, as "opiniões dos homens", para se tornarem "verdades", carecem de verificação e evidências para aferir o grau de plausibilidade lógica e racional daquilo que se afirmou. O que o autor coloca como “opinião dos homens” se assemelha muito com a classificação de crenças, e o que são postuladas como “verdades” seriam aquelas afirmações baseadas em conhecimentos teóricos ou fatos que as comprovem.

A crença e o conhecimento possuem o mesmo mecanismo de formação de ideias, residindo a diferença no fato de a primeira ser subjetiva, caracterizada pelo grau de concordância ou adesão aplicada a uma proposição, ser de cunho psicológico, relativa a disposições cognitivas e afetivas. Já o segundo trata de um valor de verdade da proposição ou argumento, passíveis de exames de provas e demonstrações pertinentes para análise daquele conteúdo. Assim, os estudiosos sociais defendem que as crenças, diferentemente do conhecimento, não se relacionam com as teorias, mas sim com os pensamentos, sentimentos e comportamentos (Krüger, 1995).

Rokeach (1981) afirmou que as pessoas apresentam variadas percepções sobre o que é ou não verdadeiro, bonito ou bom no mundo em que vivem, seja ele social ou físico. Essas percepções, ele define como crenças, as quais tem consequências comportamentais observáveis, podendo se organizar em forma de sistemas de crenças e não possuem a propriedade de serem acessadas diretamente. Dessa forma é possível identificar a crença de uma pessoa apenas através de sua fala e comportamento. As crenças, ou os sistemas de crenças, definem a compreensão que o indivíduo tem sobre si mesmo e seu meio (Bem, 1973).

Através de uma passagem pelas definições desses autores, podemos concluir que crenças cognitivas são proposições simples, que podem se apresentar de forma consciente ou inconsciente, e só podem ser identificadas a partir de uma inferência do que a pessoa diz ou faz. Possuem a capacidade de negar ou afirmar uma relação entre dois objetos, sejam eles concretos ou abstratos, sendo sempre uma afirmação a respeito de algo. (Rokeach, 1981; Krüger, 2006).

Em relação a sua funcionalidade, destaca-se que as crenças (ou os sistemas de crenças) podem ser descritivas, as quais definem os objetos como verdadeiros ou falsos; avaliativas, que definem o objeto como bom ou ruim; e prescritivas, avaliando o objeto como desejável ou indesejável (Rokeach, 1981).

De uma forma geral, não cabe às crenças cognitivas uma avaliação de certo ou errado, mas uma contextualização desse conteúdo e uma análise de sua influência no que diz respeito aos sentimentos e comportamentos de quem a possui (Krüger, 2006; Beck, 2013).

A literatura tem trabalhado com a ideia de que crenças cognitivas são pensamentos que aumentam a reatividade emocional, interferindo na regulação da emoção e no funcionamento social (Goldin, Manber-Ball, Werner, Heimberg & Gross, 2009). Para Paulus e Stein (2010), a crença pode ser definida como uma construção mental proposicional, que afirma ou nega a verdade de um estado de coisas e é intimamente ligada a processos de julgamento de base. Dessa forma, ela é o mecanismo de mudança fundamental subjacente à intervenção psicológica (Goldin *et al*, 2009).

Depressão

Segundo os critérios estabelecidos pelo DSM V (APA,2013) a depressão é caracterizada como um transtorno marcado por um humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que influenciam o funcionamento mental do paciente. Percebe-se uma diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldades cognitivas como concentração e tomada de decisão, ou ainda, pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida.

Tal transtorno acomete com maior frequência as mulheres, é definido como uma condição crônica e recorrente (aproximadamente 80% dos indivíduos que apresentam episódios de depressão tendem a repeti-lo ao longo da vida) e é considerado um transtorno incapacitante pela Associação Médica Brasileira. Estima-se que ela chegue a ser a segunda causa de incapacitação em países desenvolvidos e primeira em países em desenvolvimento até 2020 (Fleck *et al*, 2009).

A depressão, além de causar sofrimento ao indivíduo, afeta seu convívio social e provoca afastamento de suas atividades e ocupações, tornando-o pouco produtivo e diminuindo sua qualidade de vida, bem como daqueles com quem convive (Carneiro & Baptista, 2012). Esse transtorno de humor, assim como outros, deve ser avaliado como multifatorial, ou seja, se dá através da interação de diferentes variáveis, sendo elas biológicas (influência genética e fatores endocrinológicos), psicológicas (pensamentos sobre si mesmo e sobre o mundo, traumas, desamparo adquirido, resolução de problemas, memórias) e socioculturais (papéis sociais, expectativas, suporte social e familiar, entre outros). Todas se mostram relevantes para o desencadeamento do quadro e sua manutenção (Carneiro & Baptista, 2012; Tolman, 2009;

Baptista, 2004). Apesar da dor vivenciada por esses pacientes, eles não são facilmente convencidos por evidências contrárias às suas crenças nem mesmo por demonstrações lógicas da natureza insensata desses pensamentos. Dessa forma, muitas vezes se comportam de forma a reforçar sua auto depreciação (Beck & Alford, 2011).

Beck e Alford (2011) afirmam que, em um quadro de depressão, existe uma forte discrepância entre a imagem que a pessoa deprimida tem de si mesma e os fatos objetivos, e levantam cinco pontos centrais observados em pacientes nessa condição: alteração específica do humor, como tristeza, solidão, apatia; autoconceito negativo associado a autorrecriminações e autoacusações; desejos regressivos e autopunitivos, como de fugir, esconder-se ou morrer; alterações vegetativas, como anorexia, insônia, perda de libido; alterações no nível de atividades, retardo psicomotor ou agitação (Beck & Alford, 2011; Tolman, 2009).

Esse transtorno pode estar associado a outras condições psicopatológicas ou mesmo se apresentar como manifestação secundária de uma condição orgânica do cérebro, mas esses não são fatores únicos relacionados ao estado deprimido (Beck & Alford, 2011). Dias e Baptista (2004) destacam como fatores de risco para a depressão a presença de desamparo, desmoralização, dor crônica, medo, privação de vínculo e incontrolabilidade; podendo, em casos mais graves, levar ao suicídio. Sendo, dessa forma, uma psicopatologia de grande relevância social e clínica.

No que diz respeito a populações afetadas por esse transtorno, estudos mostram que a depressão é um dos mais prevalentes na população em geral, afetando diferentes faixas etárias e meios sociais, sendo que 12% das pessoas afastadas de sua vida produtiva (trabalhos e estudos) se encontram deprimidos, o que apresenta forte impacto econômico (Baptista, 2004). E os tratamentos que tem resultado em maiores eficácias estão: o uso de psicofármacos e psicoterapias, entre elas a Terapia Cognitivo-Comportamental, porém as últimas têm maior eficiência em casos de depressões leves e moderadas (Flerck *et al*, 2009).

Crenças e depressão

Foram analisados 28 artigos, resultantes de uma busca bibliográfica nas bases web of science, psycinfo, pubmed, lilacs, também no período de 2009 a 2014 (Tabela 1), tendo como destaques de publicação os Estados Unidos, e o ano de 2012 (Tabela 2). Esses estudos foram discutidos segundo outros estudos sobre depressão.

Tabela 1: Ano de publicação - depressão

Ano	Número de artigos	Porcentagem (%)
2009	1	3,58
2010	1	3,58
2011	4	14,29
2012	11	39,28
2013	6	21,42
2014	5	17,85
total	28	100

Tabela 2: Países de publicação - depressão

País de publicação	Número de artigos	Porcentagem (%)
Estados Unidos	17	60,71
Holanda	3	10,72
Brasil	3	10,72
Outros	5	17,85
Total	28	100

A literatura tem apontado que a depressão está relacionada a esquemas de crenças disfuncionais que predisõem o indivíduo aos sintomas deprimidos, deixando-o mais vulnerável. Dessa forma, o transtorno é altamente relacionado a alterações cognitivas e emocionais (Romero, Nuria; Sanchez, Alvaro; Vazquez, Carmelo, 2014; Diener, Kuehner, Brusniak, 2012). Esse fator concorda com alguns estudos dentro da psicologia positiva, nos quais a depressão se mostrou influenciada por uma percepção de impotência frente as situações, de forma que a pessoa não se vê capaz de agir sobre uma situação e alterá-la (Baptista, 2004).

Os aspectos cognitivos encontrados em quadros de depressão tem sido: 1) perda de prazer; 2) déficits nos processamentos psicológicos (como concentração e tomada de decisão); 3) cognições de perdas ou fracassos ((Diener *et al.* 2012; Ayers & Riskind, 2014). Essas informações acerca da depressão corroboram o modelo cognitivo de Beck e Alford (2011), que afirmam ainda que em um quadro de depressão existe uma forte discrepância entre a imagem que a pessoa deprimida tem de si mesma e os fatos objetivos.

Esses autores levantam cinco pontos centrais observados em pacientes nessa condição: 1) alteração específica do humor, como tristeza, solidão, apatia; 2) autoconceito negativo associado a autorrecriações e autoacusações; 3) desejos regressivos e autopunitivos, como de fugir, esconder-se ou morrer; 4) alterações vegetativas, como anorexia, insônia, perda de libido; 5) alterações no nível de atividades, retardo psicomotor ou agitação (Beck & Alford, 2011).

As crenças cognitivas foram definidas pelos estudos analisados como sendo pensamentos e imagens, podendo ter função social (através de suas mediação nos relacionamentos sociais), algumas vezes são identificadas através dos pensamentos

automáticos e dizem respeito ao modo de se posicionar em relação a si e o mundo (Ayers & Riskind, 2014; Hales, Deeproose & Goodwin, 2011; Lysaker, Vohs & Ilanit, 2013). É a partir dessas definições que os autores estabelecem a relação entre as crenças dos deprimidos e seus sintomas, confirmando o que a Terapia cognitivo-comportamental já apontava como início de um ciclo no qual a forma como a pessoa se vê e vê o mundo afeta seus sentimentos e comportamentos, e esses contribuem para novas percepções errôneas das situações. (Wright *et al* 2008)

Apesar dessa forte relação entre crença disfuncional e depressão, a maior parte dos estudos traz os comprometimentos nos processos cognitivos básicos como pontos marcantes do transtorno. Entre eles estão concentração, atenção, memória, memória episódica, funções executivas, velocidade de processamento, fluência verbal, humor e velocidade psicomotora (Charlton, Lamar & Zhang, 2014; Bunce, Batterham & Mackinnon, 2012; Berman, Kross & Krpan, 2012; Lee, Insel & Mackin, 2012; Diener *et al* 2012; Weber, Giannakopoulos & Delaloye, 2012; Werf-Eldering, Riemersma-van der Lek & Burger, 2012; Valadez, & Ferguson, 2012). Para Sternberg (2008) e Dalgalarondo (2008), essas são funções psicológicas responsáveis pela comunicação entre homem e mundo, sendo através delas que se dá a aprendizagem, percepção, adaptação e reconhecimento do mundo como um todo, bem como a formação de uma resposta a ele. Sendo assim, é por essas funções também que formamos nossas visões de mundo, homem e futuro, ou seja, nossas crenças e valores (Krüger, 1995).

Esses mecanismos permitem entender, portanto, que o transtorno de depressão afeta todas as demais áreas da vida, e, através de distorções dos mecanismos básicos, é reforçado (Wright *et al*, 2008). Além disso, possui um caráter genético significativo que pode ser potencializado e desenvolvido através do meio em que o esse indivíduo se encontra (Baptista 2004).

É possível perceber que as condições biológicas, interligadas com os aspectos cognitivos e emocionais de uma pessoa, são os responsáveis pelo desencadeamento e desenvolvimento de um quadro de depressão. Isso tem sido reforçado pelos estudos nos últimos anos, mostrando que essa relação é forte e influencia o grau de comprometimento do transtorno e seu prognóstico Carvalho, Tana, Springatea & Davisa, 2012; Weber *et al*, 2012).

O alto grau de comorbidades da depressão com outros transtornos intensifica a gravidade do transtorno e as dificuldades no tratamento. Entre as psicopatologias mais comórbidas com a depressão está a ansiedade social (Baptista, 2004).

Ansiedade Social

O DSM-5 (APA, 2013) define a ansiedade social como um medo ou ansiedade acentuado frente a uma ou mais situações sociais, que podem ser de interação social (iniciar uma conversa, encontrar desconhecidos, etc.), de observação (comer ou beber em público, praticar esportes, etc.) e de desempenho (dar uma palestra, falar em uma reunião, etc.). São contextos em que o indivíduo é exposto ao possível julgamento e humilhação por outros. O transtorno de ansiedade social, pode ser conhecido também como fobia social, como era definido pelo DSM IV (APA, 1994), havendo a alteração na última edição do manual. Esse transtorno se divide em “generalizado”, quando o sujeito apresenta medo na maioria das situações de interação e desempenho, e o “circunscrito”, medo de uma situação pública de desempenho e algumas situações de interação social.

Para Leahy (2011) a ansiedade social surge de uma herança filogenética, de comportamentos de proteção de nossos ancestrais, uma vez que no ambiente primitivo existia um valor de sobrevivência tal em que se evitavam ataques por partes de outros seres humanos. Dessa forma, agradar os demais ou ser valorizado por eles era um comportamento protetivo, pois o contrário poderia resultar em violência inesperada, e a postura submissa é uma resposta desse instinto. O autor destaca que comportamentos geradores de ansiedade social são frequentemente aqueles que envolve avaliações, contatos com desconhecidos exposição a grupos, reforçando a teoria proposta.

Segundo a Terapia Cognitivo-Comportamental de Beck, existem três aspectos únicos do Transtorno de Ansiedade Social. O primeiro diz respeito aos sentimentos de constrangimento e vergonha frequentemente dominante, fazendo com que um encontro social seja excessivamente ansiogênico. O segundo ponto se refere ao fato de que, para os ansiosos sociais, a ansiedade vivenciada em uma situação social provoca comportamentos inibitórios automáticos e tentativas de disfarçá-la, isso faz com que diminua seu desempenho social e acabe por provocar o maior medo desses indivíduos, a avaliação negativa dos outros, reforçando suas crenças. O terceiro está relacionado ao estágio em que a ansiedade passa a ser uma ameaça secundária, ou seja, o indivíduo fica com medo de que outros percebam sua ansiedade, isso faz com que ele fique

ainda mais ansioso, por acreditar que essa deve ser encoberta, pois pode gerar avaliações negativas (Clark & Beck, 2012)

Foram definidos por Clark e Beck (2012) três etapas do processo vivenciado por ansiosos sociais, classificados como fase antecipatória, exposição situacional e processamento pós evento. Na fase antecipatória o indivíduo imagina uma situação social que irá enfrentar (ou que exista a possibilidade disso ocorrer) e isso lhe causa tanta ansiedade quanto a situação real. É desencadeada por sinais informativos ou contextuais, como por exemplo ser anunciada a apresentação de um trabalho oral na escola, essa ansiedade pode durar dias ou meses, aumentando a medida que a situação temida se torna mais iminente. Quanto maior for a ansiedade antecipatória, maior a possibilidade de esquiva por parte do ansioso. Já na exposição situacional, quando o indivíduo experimenta uma situação social (para ele ameaçadora), é o momento em que a ansiedade se apresenta mais intensa. Nesse período são ativados esquemas cognitivos sociais mal adaptativos de ameaça e vulnerabilidade, fazendo com que surjam atenção focada na ameaça, foco aumentado em sinais internos de ansiedade, comportamentos inibitórios automáticos, avaliação negativa secundária do próprio estado emocional e da performance, uso ineficaz de comportamentos de segurança. O Processamento pós evento é o momento em que o ansioso relembra e reavalia detalhadamente o próprio desempenho depois de uma exposição à situação. Dessa forma a ansiedade não acaba quando a situação enfrentada cessa, principalmente porque essas lembranças e avaliações são tendenciosas, de forma a seguir o padrão de crenças negativas, reforçando a ideia de desaprovação e fracasso.

Esse transtorno de ansiedade, que se inicia por volta da adolescência, tem se mostrado mais presente em populações de baixa escolaridade, devido a essa dificuldade que o indivíduo encontra em exercer papéis de destaque e convívio em meios sociais, como exige a vida acadêmica, por exemplo (Tillfors & Furmark, 2007). As intervenções cognitivas apostam que esses pacientes devem desafiar os pensamentos e crenças que sustentam o transtorno, utilizando técnicas que auxiliam nesse questionamento e também exposições a situações temidas, para uma melhor adaptação cognitiva e fisiológica a esse meio tão evitado por essas pessoas (Leahy, 2011). Hope *et al* (2012) apontam que ansiosos sociais, em sua grande maioria, só procuram tratamento quando há transtornos comórbidos, e destacam que entre as comorbidade envolvendo a ansiedade social, a depressão se apresenta como a mais grave, necessitando de um tratamento diferenciado.

A pesquisa de Rudy, Davis e Matthews (2012) mostrou que a crença que o indivíduo possui sobre suas habilidades influencia diretamente sua auto eficácia. Dessa forma, as probabilidades

do ansioso social, que possui crenças negativas sobre seu desempenho, se tornar menos ativo são maiores.

Crenças e Ansiedade Social

Foi realizada uma busca sobre o tema crenças cognitivas e ansiedade social, em 4 bases de dados internacionais (web of science, psycinfo, pubmed, lilacs) no período de 2009 a 2014. Foram encontrados 22 artigos, sendo o ano de 2013 aquele com maior número de publicações, e com os Estados Unidos com maior número de artigos publicados (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3: Ano de publicação – ansiedade social

Ano	Número de artigos	Porcentagem (%)
2009	4	18,18
2010	2	9,10
2011	4	18,18
2012	5	22,72
2013	5	22,72
2014	2	9,10
total	22	100

Tabela 4: Países de publicação – ansiedade social

País de publicação	Número de artigos	Porcentagem (%)
Estados Unidos	8	36,36
Inglaterra	3	13,63
Brasil	2	9,10
Outros	9	40,91
Total	22	100

Ao analisar os artigos encontrados em termos de “definição de crenças segundo o autor”, “relação entre crenças e ansiedade social” e relacioná-los com outras literaturas sobre o assunto, podemos definir que o transtorno de ansiedade social é marcado por fortes crenças pessoais negativas, bem como percepções distorcidas sobre as situações sociais (Clark & Beck, 2012; Hope *et al* 2012). Dentre as características cognitivas do ansioso social encontram-se: 1) atenção focada em informações sociais relativas a ameaças; 2) interpretação negativa do próprio desempenho social; 3) comparações sociais desfavorecedoras a ele; 4) perfeccionismo, entre outros capazes de desencadear ansiedade e comprometer a qualidade de vida (Bieling, McCabe & Antony, 2008).

Foram encontradas na busca bibliográfica, pesquisas que corroboram as principais teorias sobre ansiedade social. Três delas testaram tratamentos que propõe alteração da ansiedade social a partir de intervenções focadas nas crenças cognitivas do paciente, o que reforça a importância delas no transtorno.

As crenças negativas sobre si mesmo e as situações sociais são as principais responsáveis pelo desencadeamento, desenvolvimento e manutenção do transtorno de ansiedade social, fazendo com que surjam comportamentos mal adaptativos, como a evitação (Goldin *et al* 2009; Mahaffey, Wheaton, Fabricant, Berman & Abramowitz, 2013). Foi ressaltado ainda que as crenças mal adaptativas transformam situações inofensivas em ameaças sociais ou mesmo criam antecipações dessas possíveis ameaças, potencializando os sintomas ansiosos (Boden, Goldin, Werner, Heimberg & Gross, 2012; Burato, Crippa & Loureiro 2009)).

Essas relações entre as crenças negativas, antecipações de ameaças sociais e ansiedade social corroboram o modelo cognitivo de Clark e Beck (2012), em que o transtorno se dá a partir de uma avaliação disfuncional sobre o próprio desempenho, sobre a avaliação dos outros e sobre o quanto isso é ameaçador. Isso é confirmado por estudos que mostram que, dentre as características cognitivas das pessoas com esse diagnóstico, temos também a crença de que, para sermos aceitos pelos grupos sociais, temos sempre que causar uma boa impressão; ou ainda, que temos sempre que ter um desempenho perfeito em determinada situação para mostrarmos o nosso valor como pessoa (D'El Rey & Pacini, 2006). A partir dessas crenças surgem distorções cognitivas responsáveis por reforçar a percepção negativa do ansioso social, aumentar a ansiedade e agravar os comportamentos compensatórios, fator que piora o prognóstico do transtorno (Beck, 2013)

Além disso, ansiosos sociais possuem ideias de que carecem de habilidades sociais essenciais e por isso seu desempenho será sempre comprometido. Isso os torna mais críticos em relação a sua conduta social (Hope *et al* 2012). Rudy *et al* (2012) mostraram que a crença que o indivíduo possui sobre suas habilidades influencia diretamente sua auto eficácia. Dessa forma, são maiores as probabilidades de que o fóbico social, que já possui crenças negativas sobre seu desempenho, se torne menos ativo socialmente.

Essa relação foi reforçada pelo estudo de Rudy *et al* (2011) com 126 crianças (idades entre 11 e 14 anos). Os resultados indicaram uma associação significativa entre autoafirmações negativas, auto eficácia geral e auto eficácia social. Apresentaram, também, indicativos de que a auto eficácia geral media totalmente a relação entre declarações auto negativas e ansiedade social. No entanto, ao contrário das hipóteses, a auto eficácia social não media a relação entre autoafirmações negativas e ansiedade. Dessa forma, é possível ressaltar que, assim como defendido por Hope *et al* (2012), os ansiosos sociais apresentam expectativas não-realistas sobre suas habilidades para lidar com situações sociais,

superestimam a probabilidade de ocorrerem eventos sociais negativos e sentem-se constantemente criticados ou desaprovados.

O modelo da ansiedade social de Clark e Wells (1995) propõe que o sujeito interpreta as situações sociais de forma negativa e, conseqüentemente, se sente inseguro e ameaçado. Assim, ele experimenta forte ansiedade frente a esses contextos e acaba por evitá-los, fator que dificulta a confrontação das crenças negativas, gerando um círculo vicioso. Os autores ainda destacam como mecanismos reforçadores e mantenedores do processo: 1) a atenção auto focada e a construção de uma impressão de si mesmo como um objeto social; 2) a influência dos comportamentos de segurança na manutenção das crenças negativas e da ansiedade; 3) o efeito dos comportamentos do ansioso social sobre o comportamento das outras pessoas; 4) os processamentos antecipatórios e pós-evento.

Hope *et al* (2012) desenvolveram um outro modelo, que foca na manutenção da ansiedade social. Eles afirmam que, em uma situação social, o ansioso social se sente um alvo de críticas em potencial e começa a criar imagens mentais sobre as representações que os outros estão criando deles. Isso é montado a partir da memória de longa duração, sinais internos (rosto afogueado, tremor nas mãos) e sinais externos (expressão facial dos outros, risos que podem surgir de alguém); junto a isso podem surgir imagens espontâneas de lembranças da época em que o transtorno estava se desenvolvendo. Pode se afirmar, portanto, que o ansioso social é mais preocupado com a imagem transmitida que os não ansiosos, e por isso a memória acessada durante uma exposição será sempre de um contexto ameaçador.

Os dois modelos apresentados resumem o funcionamento cognitivo por trás da manifestação do transtorno de ansiedade social. A partir deles, é possível observar o quanto a crença permeia e influencia os sintomas. A importância das crenças cognitivas em todo processo formador do transtorno de ansiedade social foi apontado por todos os estudos. As principais definições de crenças foram: 1) auto representações que ativamente filtram e interpretam novas informações; 2) pensamentos que induzem exagerada reatividade emocional negativa (medo, ansiedade); 3) comportamentos mal adaptativos (evitação social); 4) desregulação afetiva (Goldin *et al*, 2009); e 5) um fator cognitivo caracterizado por imagens mentais e conteúdo da consciência, que podem ser representadas em qualquer modalidade sensorial (Makkar & Grisham, 2011).

Já as cognições sociais foram diferenciadas e definidas como: a capacidade de perceber, interpretar e gerar respostas às intenções, disposições e comportamentos de outras

pessoas, ou seja, conjunto de processos cognitivos (mentalização, conhecimento social, emoções de reconhecimento) que nos permite compreender os outros e que orientam as relações sociais (Plana, Lavoie, Bataglia & Achin, 2013; Achin *et al* 2013). Essas definições estão consonantes com as definições de Krüger (1995), que já explorava o conceito de crenças como sendo representações simbólicas, de origem em experiências sociais e que marcam e mediam as relações entre objetos concretos ou abstratos, ou ainda a propriedades atribuídas eles.

Apesar de ser reforçada cada vez mais a importância das crenças cognitivas pessoais e sociais para o transtorno de ansiedade social, Haller, Kadosh e Law, (2014) apontam evidências fortes dessa relação com o funcionamento neurológico, o que dá significativas provas de que a interação entre biológico/genética, cognitivo e social/ ambiental é a base para o desenvolvimento do transtorno de ansiedade social (Beck, 2013). Contudo, o estudo mostrou que o papel das crenças é marcante para se entender e trabalhar com a ansiedade social.

Antona e García-Lopez (2008) afirmam que o tratamento da ansiedade social traz grande redução dos sintomas e melhora nos pensamentos e crenças de auto eficácia. Contudo, a literatura mostra que, apesar do sucesso dos tratamentos de ansiosos sociais, uma dificuldade relevante tem chamado a atenção dos profissionais da área clínica: a realização de diagnóstico diferencial desse transtorno. Isso se dá uma vez que a ansiedade social frequentemente apresenta comorbidades ou sintomas compartilhados com outras psicopatologias, como a depressão, que é um dos transtornos que mais se aproximam dela (Agudelo, Casal & Spilberger, 2007).

Ansiedade Social em comorbidade com a Depressão

A ansiedade social tem sido o transtorno comórbido mais comum em pacientes deprimidos, variando entre 28% e 41% em jovens da população em geral, podendo chegar até a 58% em populações clínicas. Alguns estudos longitudinais indicam que a ansiedade social precede a depressão na infância e adolescência, na maioria dos casos, e pacientes com depressão crônica apresenta maior probabilidade de comorbidade com ansiedade social (Blaya, Isolan & Gisele, 2014). Os mesmos autores indicam ainda maior ocorrência da comorbidade entre os transtornos no sexo feminino, além de indícios de uma vulnerabilidade genética compartilhada em quadros de ansiedade e depressão.

Segundo Agudelo *et al* (2007), a dificuldade de se diferenciar o diagnóstico de ansiedade social e o de depressão encontra-se nos sintomas em comum que os dois estados apresentam, o que seria também o motivo para a comorbidade entre os transtornos. De acordo com o mesmo autor, existe um fator cognitivo compartilhado entre essas duas condições psíquicas patológicas, no qual se concentra os sintomas que são comuns a ambas. Esse fator é o que ele chama de “afeto negativo” e está relacionado ao Modelo Tripartido da Ansiedade e Depressão (Clark & Watson, 1991).

Em seu trabalho de replicação dos estudos sobre o Modelo Tripartido da Ansiedade e Depressão, Gonzáles, Herrero, Viña Ibáñez e Peñate (2004) reafirmam a validade dessa teoria. Dentro desse modelo, existem três tipos de estados de sensações: o Afeto Negativo, relacionado a sintomas de mal estar como angústia, enjoo, medo, tristeza, preocupação, autocritica, queixas de saúde, insônia, baixa concentração, culpa e tendências a visões negativas sobre si mesmo (seu oposto seria o estado de calma, relaxamento e tranquilidade); o Afeto Positivo, relacionado a altos níveis de energia; entusiasmo com a vida, relação agradável com o ambiente; segurança em si mesmo e bem estar (seu oposto seria a anedonia, caracterizada por fadiga, pouca confiança e assertividade, falta de interesse pelas coisas, etc.); e a Ativação Fisiológica, definida por manifestações de tensão e somáticas, por exemplo, respiração ofegante (hiperventilação), vertigem, boca seca, tremores, ou seja, sintomas fisiológicos da ansiedade.

O Modelo Tripartido da Ansiedade e Depressão usa esses critérios definidos acima para diferenciar a depressão dos transtornos de ansiedade (nos quais se enquadra a Ansiedade Social), de forma que o paciente deprimido seria aquele com altos níveis de Afeto Negativo e baixos níveis de Afeto Positivo. O paciente ansioso se definiria como sendo aquele com altos níveis de Afeto Negativo e altos níveis de Ativação Fisiológica (Clark & Watson, 1991). Porém, esse modelo ainda não é o suficiente para traçar o perfil cognitivo dessa população clínica de ansiosos sociais, ou seja, o que de fato leva esses pacientes a terem essas características definidas na teoria proposta. O estudo não foca a ansiedade social, especificamente, e sim ansiedades de uma forma mais geral e não aprofunda nas crenças específicas de cada transtorno.

O diagnóstico diferenciado é fundamental para a orientação de profissionais nos processos clínicos e de investigação. É notória a necessidade de mais estudos a fim de avaliar as diferenças e semelhanças entre depressão e ansiedade social (Agudelo *et al* 2007; D’El Rey & Freedner, 2006), haja vista o contínuo subdiagnóstico desse transtorno em casos de comorbidade com a depressão.

Trabalhos como o de Moser, Huppert, Foa e Simons (2012) têm chamado a atenção para um outro ponto importante nos estudos e tratamentos da ansiedade social em comorbidade com a depressão, a influência de uma patologia sobre a outra. Os resultados de seus estudos mostram que ansiosos sociais e deprimidos tendem a ter uma interpretação mais negativa de situações neutras, do que aqueles que possuem apenas um dos transtornos citados. Esse fato ressalta a importância de tratamentos diferenciados nessa área.

Tanto a ansiedade social quanto a depressão têm mostrando limitações pertinentes na vida daqueles que apresentam tais diagnósticos. Apesar de alguns estudos sugerirem que não é possível diferenciar de forma clara os sintomas de ansiedade e depressão, outros apostam na identificação desses sintomas e na investigação de como a estrutura cognitiva se desenvolve ao longo do tempo, para uma melhor compreensão do diagnóstico de comorbidade, podendo assim, ajudar a evitar que indivíduos com transtornos de ansiedade social se tornem vulneráveis à sintomatologia depressiva (Araújo, Ronzani & Lourenço, 2010).

Estudos sobre comorbidades de transtornos tão relevantes do ponto de vista da saúde pública (González *et al* 2004) devem ter cada vez mais espaço, já que a literatura tem mostrado que alto índice de ansiedade social encontrado na população tem aparecido como fator agravante no desenvolvimento da depressão (Ohayon & Schartzberg, 2010).

Considerando a relevância social e econômica dos transtornos de ansiedade, mais especificamente a ansiedade social, e a depressão, o presente estudo pretende traçar um possível perfil cognitivo, através da identificação dos esquemas de crenças, de grupos alto escore em ansiedade social, depressão e ansiedade social em comorbidade com a depressão, possibilitando um diagnóstico diferenciado e uma orientação clínica e investigativa bem definida.

CAPÍTULO 3: OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo geral

Relacionar as crenças cognitivas e suas intensidades em grupos com escores relevantes de ansiedade social, depressão, ansiedade social e depressão juntos, e compará-las para destacar diferenças relevantes.

Objetivos específicos

- 1) Verificar as crenças cognitivas de cada amostra, bem como os níveis de ansiedade social e depressão;
- 2) Correlacionar os níveis de ansiedade social e depressão das duas amostras com as crenças cognitivas;
- 3) Diferenciar os grupos de ansiosos sociais, deprimidos e ansiosos sociais em comorbidade com a depressão, em relação as crenças cognitivas.

CAPÍTULO 4: MÉTODO

Participantes

A população alvo foi formada por clientes do Centro de Psicologia Aplicada (CPA), vinculada à Universidade Federal de Juiz de Fora e da Clínica de Psicologia do Centro de Educação Superior (CES) de Juiz de Fora, entre 18 e 60 anos, com demandas e queixas que apontam para uma hipótese diagnóstica de ansiedade social e depressão, e também por um grupo pareado, em relação aos fatores: sexo, idade e escolaridade, formado por uma população geral não clínica.

Desenho

Para a realização da pesquisa, foram selecionados clientes com sintomas de ansiedade social e depressão, identificados por uma triagem feita pela própria instituição. Além disso, participou também uma amostra pareada de população geral, que não estava (nem estiveram nos últimos anos) em tratamento clínico. Após aceitar participar da pesquisa, o sujeito selecionado respondeu a 3 questionários: Escala de Liebowitz, Questionário de Depressão Baptista e Inventário da Tríade Cognitiva (ITC).

Após esse processo, foram formados 3 grupos: escore significativo na escala de fobia social, escore significativo no teste de depressão, e escore significativo nos dois instrumentos (ansiedade social e depressão). Essas aplicações dos questionários foram realizadas nas instituições escolhidas, com o consentimento do profissional responsável pelo atendimento

do paciente antes de se iniciar o tratamento. A amostra formada por população geral foi pareada com a amostra clínica no que diz respeito à idade, ao sexo e à escolaridade, a fim de diminuir os vieses de se incluir apenas uma população que busca tratamento. A busca por essa amostra ocorreu em locais de conveniência, respeitando as características exigidas pelo pareamento.

Tamanho da amostra

A primeira amostra foi formada por todos os clientes que estavam iniciando atendimento no CPA-UFJF e na clínica psicológica-CES, no período de janeiro a agosto de 2014, desde que correspondessem ao critério de inclusão, totalizando 69 participantes. A amostra pareada contou com 84 participantes, recrutados nos meses de agosto a novembro. Foram tabelados os sexos, idades e escolaridades dos primeiros participantes, a partir daí buscou-se pessoas com características semelhantes (idades, sexo e escolaridade) que não estavam em atendimentos clínicos, formando assim a segunda amostra.

Inicialmente foram analisadas 85 pessoas de cada amostra (n total de 170), porém ocorreu uma perda de 15 participantes clínicos, devido a preenchimento incorreto de questionários, falta de dados pedidos e desistência do participante na pesquisa. As desistências se deram entre a triagem e o dia de aplicação dos testes.

Instrumentos utilizados na coleta de dados

Foram utilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e três questionários fechados, de autopreenchimento, com índices de validade no Brasil, a saber:

- 1- Escala de Liebowitz para Ansiedade Social (Anexo 3), que tem como objetivo avaliar o leque de interações sociais e situações de desempenho que os indivíduos com ansiedade social temem ou evitam. É composta por 24 itens, divididos em: interação social (11 itens) e desempenho (13 itens), avaliados em uma escala Likert de quatro pontos (zero a três). A codificação divide-se em 6 subescalas: medo, medo de interação social, medo de desempenho, evitação, evitação de interação social e evitação de desempenho, e o escore total é a somatória das subescalas. Em sua validação no Brasil, suas qualidades têm mostrado uma consistência interna adequada, sendo alta a correlação entre os subescores. A validade convergente

mostrou-se também adequada, sendo que as subescalas de interação social foram mais fortemente correlacionadas com a social interaction anxiety scale (SIAS), uma medida relacionada à ansiedade de interação social, e as subescalas de desempenho com a social phobia scale (SPS), um instrumento que avalia a ansiedade de desempenho. Quanto à validade discriminante, observaram a correlação da escala com medidas gerais de ansiedade e depressão, antes e após tratamento, com valores superiores aos observados para a validade convergente (Loureiro, Crippa & Osório, 2013).

- 2- Escala Baptista de Depressão - versão adulta (Anexo 2) cujo objetivo é avaliar a presença de sintomas depressivos; (A Escala Baptista de Depressão (versão Adulto) – EBADEP-A é um instrumento auto aplicativo que contém 45 itens com 26 descritores de sintomatologia depressiva, que possui como objetivo avaliar a intensidade de depressão em adolescentes e adultos de 17 a 81 anos de idade. Criada por Makilim Nunes Baptista, no Laboratório de Saúde Mental – LAPSAM III - Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco – USF, 2011. A escala apresenta validade interna satisfatória e suas análises estatísticas a definem como adequada a seu propósito (Baptista, 2012)
- 3- ITC, Inventário da Tríade Cognitiva (Anexo 4), escala americana, desenvolvida por Beckham, Leber , Watkins, Boyer, e Cook (1986) que tem como objetivo avaliar crenças. Baseado na Tríade Cognitiva, avalia a visão do mundo, de si mesmo e do futuro, tendo como direção inicial os casos de depressão (Beckham, Leber , Watkins, Boyer, & Cook, 1986). Possui 36 itens, nos quais o indivíduo se situa em uma escala likert com 7 gradações (concordo totalmente, concordo muito, concordo um pouco, nem concordo nem discordo, discordo pouco, discordo muito, discordo totalmente), indicando o quanto o indivíduo acredita nas afirmativas, que são expressões de crenças cognitivas definidas pela teoria de Beck. A versão final do ITC americano mostra boa consistência interna, e a escala total de ITC correlaciona-se como Inventário de Depressão de Beck (BDI). Além disso, as três escalas ITC demonstram altas correlações em auto- mundo, self- futuro e mundo- futuro (Possel, 2009). A validação no Brasil foi concluída pela equipe de Maycoln Teodoro, na Universidade Federal de Minas Gerais, e demonstrou adequação para a amostra brasileira (Teodoro, Ohno & Froeseler, manuscrito submetido para publicação).

Procedimentos

Após aprovação no comitê de ética (Anexo 5), foram analisadas todas as triagens realizadas pelo CPA e pela clínica do CES, e a partir dessa análise foram recrutados todos aqueles pacientes com sintomas que indiquem ansiedade social e depressão. Foi feito um acordo com os profissionais que atenderiam esses clientes e, antes de se iniciar o tratamento, foram aplicados os questionários. Os grupos foram formados a partir do ponto de corte igual a 66 na escala Liebowitz, que classifica como ansiedade média (66-80), sendo ansiedade grave (81-95) e ansiedade muito grave (>95) indicativos de possível ansiedade social. Em relação a escala de depressão, o ponto de corte foi 77, indicando sintomatologia depressiva moderada (77-110), sendo sintomatologia depressiva severa (111-135). Já a avaliação das crenças foi realizada a partir da divisão do questionário em categorias (crenças self positivo, crença self negativos, crenças mundo positivo, crenças mundo negativos, crenças futuro positivo e crenças futuro negativo). Para a análise estatística, foram invertidas as questões que apresentavam crenças positivas sobre a categoria avaliada, dessa forma quanto menor foi o escore do participante, maior foi o indicativo de crenças disfuncionais frente a si mesmo, o mundo ou o futuro, fator esse que deve ser levado em consideração na análise dos dados. Os mesmos valores foram adotados na análise da amostra geral pareada.

Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva dos dados sócio demográficos e das escalas, com medidas de tendência central: médias, quartis, desvios-padrão, além das pontuações mínima e máxima. A estatística descritiva é capaz de contar, medir e classificar os dados, dando o panorama da amostra em questão.

Os grupos foram comparados, em relação a todos instrumentos, utilizando-se o teste ANOVA, com post-hoc de Tukey. Segundo Dancey e Reidy (2006). Esse teste mostra qual condição avaliada se diferenciou, de forma significativa, das demais condições, indicando, dessa forma, a relação existente entre os grupos e entre as variáveis.

Já os dados sócio demográficos foram analisados utilizando-se o teste t de student, para dois grupos, avaliando a existência de diferenças significativas entre eles, e a análise de variância (ANOVA) para mais grupos. A ANOVA procura por diferenças entre as médias dos grupos. De forma que se as médias são bem diferentes, existe um alto grau de variação

entre as condições. Se não existem diferenças entre as médias dos grupos, também não existe variação.

Além disso, as escalas de ansiedade social (Liebowitz), de crenças (ITC) e de depressão (EBADEP) foram analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson, que fornece a medida (força ou magnitude) da relação entre as variáveis e como ela ocorre, podendo ser de forma positiva (altos valores de uma variável está relacionada com altos valores de outra variável), negativa (altos valores de uma variável está relacionado com baixos valores de outra variável) ou nula (as variáveis são independentes em suas variações) (Dancey & Reidy, 2006).

CAPÍTULO 5: RESULTADOS

Resultados encontrados

Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva dos dados, para assim poder classificar melhor a amostra trabalhada. A partir dela foi possível dividir a amostra em 88 participantes que não pontuaram significativamente na EBADEP-A nem no Liebowitz, 29 que tiveram um escore considerável apenas no Liebowitz e 15 apenas na EBADEP-A. Aqueles que apresentaram sintomas de ansiedade social e depressão foram 22 no total (Tabela 5).

Tabela 5: Classificação dos participantes

	Frequência (n)	Percentual (%)	Percentuais válidos (%)	Percentuais cumulativos (%)
	nem ansioso, nem deprimido	88	56.8	57.1
	ansioso social	29	18.7	76.0
Válidos	deprimido	15	9.7	85.7
	ansioso social e deprimido	22	14.2	100.0
	Total	154	99.4	100.0

Apesar da amostra pareada seguir o mesmo número da amostra clínica a princípio, tivemos mais mortalidade na amostra clínica que na geral. Dessa forma tivemos uma distribuição de 44,5% clínicos e 54,8%. (Tabela 6) A proporção de mais gerais do que clínicos é coerente com o maior número de participantes sem pontuação significativa na EBADEP-A e Liebowitz, apesar de não seguir a proporção exata de diferença entre as

amostras citadas, o que indica que mais participantes clínicos não apresentaram sintomas de ansiedade social e depressão do que não clínicos que apresentaram tais sinais (Tabela 6).

Tabela 6: *Tipo de amostra*

		Frequência (n)	Percentual (%)	Percentuais válidos (%)	Percentuais cumulativos (%)
Válidos	clínico	69	44.5	44.8	44.8
	geral	85	54.8	55.2	100.0
	Total	154	99.4	100.0	

A média de idade foi de 35,67 anos, variando entre 18 e 57 anos, definindo assim uma amostra de adultos. Em sua maioria, os participantes possuíam Ensino Médio completo/Ensino Superior incompleto, sendo 31,1% do total (Tabela 7).

Tabela 7: *Escolaridade*

		Frequência (n)	Percentual (%)	Percentuais válidos (%)	Percentuais cumulativos (%)
Válidos	analfabeto/fundamental incompleto	3	1.9	1.9	1.9
	fundamental I completo/ fundamental II incompleto	17	11.0	11.0	13.0
	fundamental II completo/ médio incompleto	25	16.1	16.2	29.2
	médio completo/superior incompleto	85	54.8	55.2	84.4
	superior completo	24	15.5	15.6	100.0
	Total	154	99.4	100.0	

A amostra se dividiu, ainda em sua maioria, em solteiros (52,3%) e casados (31%), sendo os outros 16,7% (Tabela 8). Solteiros e casados se sobressaíram significativamente em relação aos demais, por isso foram focos de análise em relação ao estado civil, sintomas e crenças.

Tabela 8: *Estado civil*

		Frequência (n)	Percentual (%)	Percentuais válidos (%)	Percentuais cumulativos (%)
Válidos	solteiro	81	52.3	52.6	52.6
	casado	48	31.0	31.2	83.8
	viúvo	4	2.6	2.6	86.4
	desquitado/divorciado	18	11.6	11.7	98.1
	outros	3	1.9	1.9	100.0
	Total	154	99.4	100.0	
perdido		1	.6		
Total		155	100.0		

Sobre estar ativo profissionalmente, 44,5% disseram não estar trabalhando e 54,8% disseram estar exercendo alguma função remunerada (Tabela 9). Entre essas funções remuneradas foram consideradas válidas trabalhos com vínculos empregatícios, estágios e trabalhos não registrados.

Tabela 9: *Trabalha atualmente*

		Frequência (n)	Percentual (%)	Percentuais válidos (%)	Percentuais cumulativos (%)
Validos	não	69	44.5	44.8	44.8
	sim	85	54.8	55.2	100.0
	Total	154	99.4	100.0	

Em relação aos diagnósticos pessoais e familiares de depressão, 52,3% do total da amostra afirmaram que alguém da família possuía esse diagnóstico (Tabela 10). Esses familiares variaram entre os mais próximos (pai, mãe, irmão, avós) e mais distantes (bisavô, primos de segundo grau), sendo considerados todos aqueles apresentados pelos participantes.

Tabela 10: *Alguém da família diagnosticado com depressão*

		Frequência (n)	Percentual (%)	Percentuais válidos (%)	Percentuais cumulativos (%)
válidos	não	81	52.3	52.6	52.6
	sim	73	47.1	47.4	100.0
	Total	154	99.4	100.0	

Sobre o diagnóstico pessoal dessas pessoas, 66,5% nunca passaram por avaliação psiquiátrica ou psicológica, 14,8% já foi diagnosticada com depressão, alguns já passaram por avaliação psicológica sem nenhum diagnóstico (13,5%) e com outro diagnóstico (3,2%), como indicado na Tabela 11. Alguns desses diagnósticos eram recentes e outros há alguns anos, todos foram considerados válidos, levando em conta que a literatura ressalta qualquer episódio de depressão ao longo da vida significativo no estudo da depressão (Baptista, 2004).

Tabela 11: *Já passou por diagnóstico psicológico ou psiquiátrico*

		Frequência (n)	Percentual (%)	Percentuais válidos (%)	Percentuais cumulativos (%)
Válidos	não	103	66.5	66.9	66.9
	sim, sem nenhum diagnóstico	21	13.5	13.6	80.5
	não sei	2	1.3	1.3	81.8
	sim, com diagnóstico de depressão	23	14.8	14.9	96.8
	sim, com outro diagnóstico	5	3.2	3.2	100.0
	Total	154	99.4	100.0	

Desse total, apenas 0,6% estavam em atendimentos psicológicos e 18,1% em acompanhamento medicamentoso, no período em que foi realizada a pesquisa (Tabela 12).

Sendo selecionados pessoas que estavam iniciando o tratamento psicológicos e não tendo restrições quanto ao acompanhamento medicamentoso

Tabela 12: *Faz tratamento para depressão atualmente*

		Frequência (n)	Percentual (%)	Percentuais válidos (%)	Percentuais cumulativos (%)
Válidos	não, psicológico	123	79.4	79.9	79.9
	não, medicamentoso	2	1.3	1.3	81.2
	sim, psicológico	1	.6	.6	81.8
	sim, medicamentoso	28	18.1	18.2	100.0
	Total	154	99.4	100.0	

Em relação as variáveis descritas e os sintomas apresentados, bem como as crenças apontadas, foi possível algumas considerações relevantes. Em relação ao sexo, percebe-se que as mulheres apresentaram diferenças significativas em relação aos homens quando comparadas em sintomas de depressão e ansiedade social, porém não apresentaram diferenças quanto as crenças dos dois grupos (Tabela 13). Quanto ao estado civil, foram analisados os grupos com números mais representativas (solteiros e casados), e não foram encontradas diferenças relevantes, levando à desconsideração desse item.

Tabela 13: *Sexo feminino X sexo masculino*

	Masculino ou feminino	F	Sig (p)*	t	df	Sig (p) (2-Tailed) *
total ebadeq	Igualdade de variâncias assumida	12.514	.001	2.740	152	.007
	Igualdade de variâncias não assumida			3.410	79.435	.001
escore total liebowitz	Igualdade de variâncias assumida	4.759	.031	2.919	152	.004
	Igualdade de variâncias não assumida			3.491	72.699	.0001
selfposit	Igualdade de variâncias assumida	2.097	.150	.659	152	.511
	Igualdade de variâncias não assumida			.768	69.002	.445
selfnegat	Igualdade de variâncias assumida	3.328	.070	-449	152	.654
	Igualdade de variâncias não assumida			-516	67.022	.607
mundposit	Igualdade de variâncias assumida	.842	.360	-414	152	.679
	Igualdade de variâncias não assumida			-465	64.333	.644
mundnegat	Igualdade de variâncias assumida	2.777	.098	-807	152	.421
	Igualdade de variâncias não assumida			-932	67.693	.355
futposit	Igualdade de variâncias assumida	2.319	.130	-704	151	.483
	Igualdade de variâncias não assumida			-807	66.768	.423
futnegat	Igualdade de variâncias assumida	1.437	.233	-820	152	.414
	Igualdade de variâncias não assumida			-905	62.184	.369

* São considerados significativas os sig < 0,05 ou sig = 0,05

A amostra clínica se diferenciou da amostra não clínica em sintomas de depressão e ansiedade social, bem como em relação às crenças apontadas (Tabela 14). Apesar da amostra apresentar um número muito maior de mulheres, as análises estatísticas definem essas diferenças como significativas

Tabela 14: *Amostra clínica X amostra geral*

	clínico ou geral	F	Sig (p)*	t	df	Sig (p) (2-Tailed)*
total ebadepr	Igualdade de variâncias assumida	16.276	< 0,001	11.747	152	< 0,001
	Igualdade de variâncias não assumida			11.314	116.220	< 0,001
escore total liebowitz	Igualdade de variâncias assumida	21.900	< 0,001	9.717	152	< 0,001
	Igualdade de variâncias não assumida			9.288	109.732	< 0,001
selfposit	Igualdade de variâncias assumida	4.722	.031	-4.928	152	< 0,001
	Igualdade de variâncias não assumida			-4.781	122.704	< 0,001
selfnegat	Igualdade de variâncias assumida	8.181	.005	-6.957	152	< 0,001
	Igualdade de variâncias não assumida			-6.786	127.304	< 0,001
mundposit	Igualdade de variâncias assumida	1.856	.175	-5.493	151	< 0,001
	Igualdade de variâncias não assumida			-5.380	129.689	< 0,001
mundnegat	Igualdade de variâncias assumida	.732	.394	-5.443	152	< 0,001
	Igualdade de variâncias não assumida			-5.465	147.661	< 0,001
futposit	Igualdade de variâncias assumida	4.359	.038	-4.391	152	< 0,001
	Igualdade de variâncias não assumida			-4.252	120.997	< 0,001
futnegat	Igualdade de variâncias assumida	14.122	< 0,001	-5.112	152	< 0,001
	Igualdade de variâncias não assumida			-4.902	112.424	< 0,001

* São considerados significativos o sig < 0,05 ou sig = 0,05

Aqueles que apresentam casos diagnosticados com depressão na família mostraram maiores índices de sintomas depressivos. Apesar de aparentemente não haver uma relação direta entre familiares deprimidos e quadros de ansiedade social, isso pode ocorrer de forma indireta, considerando a alta comorbidade entre os dois eventos. Isso se mostrou presente nos resultados encontrados, nos quais participantes que possuíam familiares com diagnóstico de depressão também apresentaram maiores níveis de ansiedade social (Tabela 15). Consequentemente, os valores encontrados nessa categoria (familiares com diagnóstico de depressão) foram relevantes também em relação às crenças de si, do mundo e do futuro, uma vez que essas foram relacionadas com os sintomas dos dois transtornos (depressão e ansiedade social).

Tabela 15: *Pessoas da família com diagnóstico de depressão*

	Sim e não	F	Sig (p)*	t	df	Sig (2-Tailed)*
total ebadeb	Igualdade de variâncias assumida	5.834	.017	-3.891	152	< 0,001
	Igualdade de variâncias não assumida			-3851	140.383	< 0,001
escore total liebowitz	Igualdade de variâncias assumida	6.178	.014	-2979	152	.003
	Igualdade de variâncias não assumida			-2944	136.974	.004
selfposit	Igualdade de variâncias assumida	.039	.844	.228	152	.820
	Igualdade de variâncias não assumida			.227	146.177	.821
selfnegat	Igualdade de variâncias assumida	4.702	.032	2.041	152	.043
	Igualdade de variâncias não assumida			2.019	138.987	.045
mundposit	Igualdade de variâncias assumida	.042	.837	.393	151	.695
	Igualdade de variâncias não assumida			.394	150.359	.694
mundnegat	Igualdade de variâncias assumida	1.313	.254	2.132	152	.035
	Igualdade de variâncias não assumida			2.112	140.455	.036
futnegat	Igualdade de variâncias assumida	14.122	.009	1.758	152	.081
	Igualdade de variâncias não assumida			1.730	130.823	.086

* São considerados significativos o sig < 0,05 ou sig = 0,05

Os que já passaram por avaliação psiquiátrica e psicológica com diagnóstico de depressão pontuaram mais alto na EBADEP-A, e também mostraram diferenças no Liebowitz, como indicados (Tabela 16), se aproximando dos resultados apontados anteriormente sobre o diagnóstico de depressão na família. Não foram avaliados diagnósticos de ansiedade social especificamente, de forma que ele pode estar inserido em “sim, com outro diagnóstico”, contudo não é possível relacionar sem essa informação de forma explícita.

Aqueles participantes que foram avaliados por psicólogos ou psiquiatras apresentaram maiores índices de depressão, com relevância estatística, do que os que não passaram por nenhuma avaliação. Essa diferença independeu de ter ou não um diagnóstico de depressão. O mesmo foi encontrado nos escores de ansiedade social, sendo aqueles avaliados, com ou sem depressão, significativamente diferente dos que não passaram por nenhum processo avaliativo

Tabela 16: Diagnóstico pessoal

Dependent Variable	(I) já passou por diagnostico psicológico ou psiquiatrico	(J) já passou por diagnostico psicológico ou psiquiatrico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.*
total ebadeq	não	sim, sem nenhum diagnóstico	-33.700*	5.623	< 0,001
		não sei	-43.248	16.767	.079
		sim, com diagnóstico de depressão	-56.791*	5.416	< 0,001
	sim, sem nenhum diagnóstico	sim, com outro diagnóstico	-18.548	10.755	.422
		não	33.700*	5.623	< 0,001
		não sei	-9.548	17.379	.982
	não sei	sim, com diagnóstico de depressão	-23.091*	7.088	.012
		sim, com outro diagnóstico	15.152	11.686	.694
		não	43.248	16.767	.079
	sim, com diagnóstico de depressão	sim, sem nenhum diagnóstico	9.548	17.379	.982
		sim, com diagnóstico de depressão	-13.543	17.313	.935
		sim, com outro diagnóstico	24.700	19.649	.718
	sim, com outro diagnóstico	não	56.791*	5.416	< 0,001
		sim, sem nenhum diagnóstico	23.091*	7.088	.012
		não sei	13.543	17.313	.935
		sim, com outro diagnóstico	38.243*	11.588	.010
		não	18.548	10.755	.422
		sim, sem nenhum diagnóstico	-15.152	11.686	.694
		não sei	-24.700	19.649	.718
		sim, com diagnóstico de depressão	-38.243*	11.588	.010
escore total liebowitz	não	sim, sem nenhum diagnóstico	-26.142*	7.628	.007
		não sei	-13.951	22.744	.973
		sim, com diagnóstico de depressão	-40.082*	7.347	.000
	sim, sem nenhum diagnóstico	sim, com outro diagnóstico	-29.951	14.589	.246
		não	26.142*	7.628	.007
		não sei	12.190	23.575	.986
	não sei	sim, com diagnóstico de depressão	-13.940	9.615	.597
		sim, com outro diagnóstico	-3.810	15.853	.999
		não	13.951	22.744	.973
	sim, com diagnóstico de depressão	sim, sem nenhum diagnóstico	-12.190	23.575	.986
		sim, com diagnóstico de depressão	-26.130	23.486	.800
		sim, com outro diagnóstico	-16.000	26.654	.975
	sim, com outro diagnóstico	não	40.082*	7.347	< 0,001
		sim, sem nenhum diagnóstico	13.940	9.615	.597
		não sei	26.130	23.486	.800
		sim, com outro diagnóstico	10.130	15.720	.967
		não	29.951	14.589	.246
		sim, sem nenhum diagnóstico	3.810	15.853	.999
		não sei	16.000	26.654	.975
		sim, com diagnóstico de depressão	-10.130	15.720	.967

* São considerados significativos o sig < 0,05 ou sig = 0,05

Para correlacionar os grupos, foi utilizado a correlação de Person, e os resultados apontam que idades mais baixas se relacionam com escolaridades mais altas e com depressão mais baixas, não havendo diferenças significativas em relação a ansiedade social. A escolaridade se mostrou, ainda, inversamente proporcional à idade, aos índices de depressão,

Os indícios de depressão rastreados pela EBADEP-A mostraram correlação positiva com a idade e com a ansiedade social, bem como correlação negativa com as crenças de self positivo, self negativo, mundo positivo, mundo negativo, futuro positivo e futuro negativo, indicando que essas crenças influenciam negativamente os pensamentos dos deprimidos. O escore total de ansiedade social correlacionou positivamente com depressão, e negativamente com a escolaridade e com as crenças de self positivo, self negativo, mundo positivo, mundo negativo, futuro positivo e futuro negativo (Tabela 17).

Tabela 17: Correlações idade, escolaridade e EBADEP-A

		idade	escolaridade	total ebade
idade	Pearson Correlation	1	-.275	.173
	Sig. (2-tailed)*		.001	.031
	N	154	154	154
escolaridade	Pearson Correlation	-.275	1	-.315
	Sig. (2-tailed)*	.001		< 0,001
	N	154	154	154
total ebade	Pearson Correlation	.173	-.315	1
	Sig. (2-tailed)*	.031	< 0,001	
	N	154	154	154
escore total liebowitz	Pearson Correlation	.044	-.260	.607
	Sig. (2-tailed)*	.589	.001	0,001
	N	154	154	154
selfposit	Pearson Correlation	.117	.080	-.589
	Sig. (2-tailed)*	.148	.323	< 0,001
	N	154	154	154
selfnegat	Pearson Correlation	.029	.180	-.713
	Sig. (2-tailed)*	.725	.026	< 0,001
	N	154	154	154
mundposit	Pearson Correlation	-.044	.266	-.596
	Sig. (2-tailed)*	.586	.001	< 0,001
	N	153	153	153
mundnegat	Pearson Correlation	-.044	.340	-.660
	Sig. (2-tailed)*	.588	< 0,001	< 0,001
	N	154	154	154
futposit	Pearson Correlation	-.100	.129	-.600
	Sig. (2-tailed)*	.218	.112	< 0,001
	N	154	154	154
futnegat	Pearson Correlation	-.140	.361	-.617
	Sig. (2-tailed)*	.083	< 0,001	< 0,001
	N	154	154	154

* São considerados significativos o sig < 0,05 ou sig = 0,05

O escore alto no Liebowitz foi inversamente correlacionado com a escolaridade, isso significa que quanto maior a escolaridade, menores são os sintomas indicativos de ansiedade social. As correlações negativas em relação às crenças indicam que quanto mais

disfuncionais foram as crenças apresentadas pelos participantes, maiores foram também os escores de ansiedade social. As crenças de self positivo e self negativo não apresentaram correlação significativa em relação a idade, como já demonstrado anteriormente. A crença de self positivo não apresentou relação com a escolaridade, porém a crença de self negativo correlacionou com a escolaridade de forma direta, indicando que quanto maior a escolaridade, maior o escore no ITC, o que nos indica que crenças mais funcionais frente ao self negativo estão diretamente relacionados com escolaridades mais altas (Tabela 18).

Tabela 18: Correlações Liebowitz, self positivo e self negativo

		escore total liebowitz	selfposit	selfnegat
idade	Pearson Correlation	.044	.117	.029
	Sig. (2-tailed)*	.589	.148	.725
	N	154	154	154
escolaridade	Pearson Correlation	-.260	.080	.180
	Sig. (2-tailed)*	.001	.323	.026
	N	154	154	154
total ebadeq	Pearson Correlation	.607	-.589	-.713
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	154	154	154
escore total liebowitz	Pearson Correlation	1	-.419	-.585
	Sig. (2-tailed)*		< 0,001	< 0,001
	N	154	154	154
selfposit	Pearson Correlation	-.419	1	.691
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001		< 0,001
	N	154	154	154
selfnegat	Pearson Correlation	-.585	.691	1
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001	< 0,001	
	N	154	154	154
mundposit	Pearson Correlation	-.326	.352	.476
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	153	153	153
mundnegat	Pearson Correlation	-.458	.431	.670
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	154	154	154
futposit	Pearson Correlation	-.402	.622	.566
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	154	154	154
futnegat	Pearson Correlation	-.498	.573	.663
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	154	154	154

* São considerados significativos o sig < 0,05 ou sig = 0,05

Os dados encontrados também evidenciaram que quanto maior a idade, mais disfuncionais se apresentam as crenças de mundo positivo, mundo negativo, futuro positivo e futuro negativo. Os escores de depressão apresentou a mesma relação diante dessas crenças citadas, bem como os escores em ansiedade social. As crenças se relacionaram entre si de forma direta, ou seja, quanto mais disfuncionais as crenças de determinada categoria, mais disfuncionais serão as crenças nas outras (Tabela 19).

Tabela 19: Correlações crenças mundo positivo, mundo negativo, futuro positivo e futuro negativo

		mundposit	mundnegat	futposit	futnegat
idade	Pearson Correlation	-.044	-.044	-.100	-.140
	Sig. (2-tailed)*	.586	.588	.218	.083
	N	153	154	154	154
escolaridade	Pearson Correlation	.266	.340	.129	.361
	Sig. (2-tailed)*	.001	< 0,001	.112	< 0,001
	N	153	154	154	154
total ebade	Pearson Correlation	-.596	-.660	-.600	-.617
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	153	154	154	154
escore total liebowitz	Pearson Correlation	-.326	-.458	-.402	-.498
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	153	154	154	154
selfposit	Pearson Correlation	.352	.431	.622	.573
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	153	154	154	154
selfnegat	Pearson Correlation	.352	.431	.622	.573
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	153	154	154	154
mundposit	Pearson Correlation	1	.624	.458	.400
	Sig. (2-tailed)*		< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	153	153	153	153
mundnegat	Pearson Correlation	.624	1	.447	.590
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001		< 0,001	< 0,001
	N	153	154	154	154
futposit	Pearson Correlation	.458	.447	1	.658
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001	< 0,001		< 0,001
	N	153	154	154	154
futnegat	Pearson Correlation	.400	.590	.658	1
	Sig. (2-tailed)*	< 0,001	< 0,001	< 0,001	
	N	153	154	154	154

* São considerados significativos o sig < 0,05 ou sig = 0,05

Para entender melhor a relação entre as crenças envolvidas nos quadros indicativos de depressão, ansiedade social e depressão em comorbidade com a ansiedade social, foi realizado um teste ANOVA com Post Hoc de Turkey, comparando os grupos (ansiosos, deprimidos e ansiosos sociais deprimidos) com as crenças cognitivas rastreadas pelo ITC. Os resultados indicam que os grupo de ansiosos sociais deprimidos e apenas deprimidos apresentam crenças significativas em relação ao self positivo e self negativo (Tabela 20).

Tabela 20: Crenças self positivo e self negativo

Classificação dos participantes	N	Subconjunto for alpha = 0.05 (self posit.)		Subconjunto for alpha = 0.05 (self negativo)	
		Dif. de média	Dif.de média	Dif.de média	Dif.de média
ansioso social e deprimido	22	18.5909		20.7727	
deprimido	15	19.8667		24.5333	
ansioso social	29		22.7931		31.3103
nem ansioso, nem deprimido	88		23.7159		34.4091
Sig.		.590	.799	.162	.318

As mesmas diferenças foram encontradas quando comparados os grupos com as crenças de mundo positivo, mundo negativo e futuro negativo, quando comparados com os grupos de ansiosos sociais e nem ansiosos sociais nem deprimidos (Tabela 21).

Tabela 21: *Crenças mundo positivo e mundo negativo*

Classificação dos participantes	N	Subconjunto for alpha = 0.05 (mundo posit.)		Subconjunto for alpha = 0.05 (mundo negativo)	
		Dif.de média	Dif.de média	Dif.de média	Dif.de média
ansioso social e deprimido	22	18.2857		14.9545	
deprimido	15	20.3182		15.5333	
ansioso social	29		24.7931		21.7931
nem ansioso, nem deprimido	88		26.4659		23.6818
Sig.		.505	.660	.985	.664

Já em relação às crenças de futuro positivo os grupos se diferenciaram da seguinte forma: deprimidos e ansiosos sociais com crenças mais relevantes, seguidos dos deprimidos e logo depois os ansiosos sociais e nem ansiosos nem deprimidos (não havendo diferenças relevantes entre esses dois últimos grupos), segundo indicado na Tabela 22.

Tabela 22: *Crenças futuro positivo*

Classificação dos participantes	N	Subconjunto for alpha = 0.05		
		Dif.de média	Dif.de média	Dif.de média
ansioso social e deprimido	22	24.1364		
deprimido	15		27.3333	
ansioso social	29			30.9655
nem ansioso, nem deprimido	88			31.5000
Sig.		1.000	1.000	.969

No entanto, as crenças de futuro negativo e os grupos de classificação não seguiram a mesma relação da crença de futuro positivo, mas sim a mesma apresentada nas crenças anteriores (self positivo e negativo, mundo positivo e negativo). Apresentou, assim, igualdade entre os deprimidos e os ansiosos sociais deprimido, assim como entre os ansiosos sociais e os não ansiosos e não deprimidos, sendo os primeiros mais disfuncionais que os segundos (Tabela 23).

Tabela 23: *Crenças futuro negativo*

Classificação dos participantes	N	Subconjunto for alpha = 0.05	
		Dif.de média	Dif.de média
ansioso social e deprimido	22	20.2273	
deprimido	15	22.6667	
ansioso social	29		27.5862
nem ansioso, nem deprimido	88		29.2841
Sig.		.347	.655

Dessa forma, percebemos que há maior gravidade nas crenças dos deprimidos, em sua maioria, independente da ansiedade social, e em relação ao futuro negativo a ansiedade social potencializa as crenças do deprimidos, deixando o grupo comórbido mais comprometido.

Discussão

Os resultados confirmaram alguns dados da literatura. O primeiro foi o fato de mulheres apresentarem maiores escores no questionário de depressão. Essa diferença se apresenta em muitos estudos, definindo o sexo feminino com maior predisposição a depressão que o sexo masculino (Carneiro & Baptista, 2012). Esse índice foi apontado também por Fleck *et al.* (2009), podendo ser justificado por fatores fisiológicos significativos nos quadros depressivos, ou por questões culturais em que mulheres procuram mais o auxílio clínico, o que também foi confirmado pelos resultados encontrados. Outra forma de justificar essa diferença é pela forma de viver a depressão, na qual que a mulher vive os sintomas mais diretamente e pode ser acessada com mais precisão por escalas avaliativas (Carneiro & Baptista, 2012; Baptista, 2004). Tolman (2009) discute essa relação entre a depressão e o sexo feminino, e afirma que apesar de muitos estudos indicarem essa maior prevalência, não é unânime e, baseado em Seligman (renomado estudioso da depressão), utiliza fatores sociais para justificar tais resultados: maior predisposição a desenvolver desamparo aprendido, maior tendência a ruminações e pensamentos negativos e maior cobranças sociais e comparações midiáticas, capazes de afetar a auto estima significativamente, baixa remuneração financeira, inibição sexual, entre outros.

O segundo dado já indicado pela literatura e confirmado por este estudo foi que pessoas com casos de depressão na família possuem maiores chances de desenvolverem depressão em relação àqueles que não o possuem, apontando possibilidades de heranças genéticas na predisposição ao transtorno, entres outros fatores hereditários (Baptista, 2004; Carvalho *et al* 2012). Apesar de ter familiares com episódios de depressão não influenciar no desenvolvimento da ansiedade social, a correlação entre pessoas com alto escore em depressão e alto escore em ansiedade social foi considerável, confirmando a comorbidade significativa entre os dois transtornos mentais como já apontado por Ohayon e Schartzberg (2010) e Agudelo *et al* (2007).

Uma outra confirmação importante para o estudo foi as diferenças significativas entre as crenças da população clínica e as crenças apresentadas pela população geral. Os resultados indicaram que a população clínica apresentou maiores escores em depressão e ansiedade social, bem como crenças mais disfuncionais frente a si mesmo, o mundo e futuro. Esse dado é coerente com os estudos de Beck e Alford (2011) e Clark e Beck (2012), sobre as influências das crenças cognitivas no desenvolvimento e manutenção dos quadros de depressão e transtornos de ansiedade. Esse é um dos pressupostos da Terapia cognitivo-comportamental de Aaron Beck, sendo o estudo da depressão e suas crenças cognitivas o marco inicial da teoria beckiana, expandindo posteriormente para os transtornos de ansiedade e personalidades, entre outros.

A pesquisa em voga apontou que pacientes com alta pontuação em depressão apresentaram crenças mais disfuncionais em relação ao self positivo e self negativo, mundo positivo e mundo negativo, futuro positivo e futuro negativo, quando comparados com os ansiosos sociais. Esses dados reforçam a ideia de que os deprimidos possuem crenças autodepreciativas mais intensas que os ansiosos, visão de impotência frente ao futuro e o mundo (Beck e Alford, 2011; Baptista, 2004). Esses resultados discordaram de Agudelo, *et al* (2007), que defendem que a comorbidade entre ansiedade social e depressão é justificada por um fator cognitivo comum às duas psicopatologias, afinal, o estudo encontrou que ansiosos sociais e deprimidos possuem diferenças significativas frente às mesmas crenças de si, do mundo e do futuro, de forma que os depressivos se posicionam mais negativamente que os ansiosos sociais.

A visão de si, do mundo e do futuro daqueles que possuíam alta pontuação em ansiedade social não diferiram daqueles que não possuíam índices de depressão nem índices de ansiedade social, o que contrapõe trabalhos na área. Isso porque fortes bases teóricas afirmam a relação direta entre as crenças cognitivas e os sintomas de ansiedade. (Clark & Beck, 2012; Wright *et al*, 2008). Serão necessários pesquisas futuras para confirmar esse resultado ou avaliar se essa diferença se deu devido a algum viés, como: particularidade da amostra, instrumento de avaliação, entre outros que impliquem em vieses de informação ou de seleção.

Percebeu-se que aqueles com pontuação importante em ansiedade social e depressão não apresentaram diferenças significativas quando comparados com aqueles que só pontuaram de forma relevante em depressão, porém, em relação às crenças de futuro positivo, o grupo de comorbidade entre os dois transtornos apresentaram crenças mais

disfuncionais que os deprimidos, os ansiosos sociais e os de baixos escores nas duas escalas (depressão e ansiedade social). Esse achado coaduna com a literatura, que aponta um transtorno como agravante do outro, para D'El Rey e Freedner (2006), a depressão e a ansiedade social seriam duas etapas de um mesmo processo, e a comorbidade entre elas se tornariam uma nova classe nosológica, ainda mais comprometedora que as duas isoladamente.

Esse fator permite reforçar a hipótese de que a depressão pode intensificar as crenças de ansiedade social, e vice versa, corroborando os estudos de Moser *et al* (2012), que defende a sobreposição de transtorno sobre o outro, de forma a intensificar negativamente os quadros. Essa relação foi apontada ainda por Blaya *et al* (2014), que afirmaram maior intensidade dos sintomas em casos comórbidos de depressão e ansiedade social. É importante considerar também que o fato da visão de futuro positivo ser mais disfuncional nesse grupo pode comprometer o tratamento, bem como a busca por ele, o que intensifica o comprometimento desse grupo clínico.

Os resultados não indicaram características capazes de definir diferença cognitiva determinante entre os ansiosos social deprimidos e os outros dois quadros, porém evidenciou um cuidado maior em relação às crenças sobre futuro e a intensificação das crenças disfuncionais nos quadros comórbidos, principalmente ao tratar os ansiosos sociais. Crenças muito intensas em conjunto com comportamentos mais evitativos podem ser indicativos de depressão em um diagnóstico de ansiedade social, bem como o oposto, principalmente ao considerarmos o subdiagnósticos de ansiedade social em casos de depressão.

Mais estudos se mostram necessários para o detalhamento das características e intensidades das crenças cognitivas envolvidas nos casos de comorbidade entre ansiedade social e depressão. Uma amostra com n mais expressivo e mais escalas poderiam refinar e aumentar o grau de confiabilidade do estudo, contribuindo ainda mais para as análises clínicas e diminuição de subdiagnósticos, aumentando a eficiência de intervenções na prevenção e tratamento da ansiedade social e depressão.

CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu observar que deprimidos e ansiosos sociais não compartilham, necessariamente, a mesma crença em uma mesma intensidade, e portanto esse parece ser o ponto fundamental na comorbidade entre os dois transtornos. Porém, evidenciou

que um transtorno aumenta a intensidade do outro, o que pode sugerir que suas crenças juntas se influenciam de forma negativa, tornando os quadros comórbidos mais graves.

O perfil das amostras influenciou nos resultados encontrados, porém confirmaram dados já apontados pela maioria dos estudos na área, o que nos oferece relativa confiança no procedimento adotado. Entre eles, maior índice de depressão no sexo feminino, bem como maior procura das mulheres por tratamento clínico foram corroborados.

A comorbidade entre ansiedade social e depressão foi encontrada em proporções significativas, confirmando mais uma vez a literatura, e esse grupo se mostrou mais comprometido em sintomas (rastreados pelas escalas: EBADEP-A e Liebowitz) e crenças cognitivas (rastreados pelo ITC). O grupo comórbido apresentou crenças mais disfuncionais em todas as categorias (self positivo, self negativo, mundo positivo, mundo negativo, futuro positivo e futuro negativo), diferenciando do grupo com alto escore apenas em depressão em relação ao futuro negativo. Já o grupo de ansiosos sociais, se diferenciou desses em todas as categorias de crenças, e não apresentou diferenças significativas daqueles que não apresentaram escore significativo em depressão nem em ansiedade social.

Os resultados foram insuficientes para uma conclusão determinante sobre o tema, de forma que estudos mais precisos se mostram necessários para se aprofundar e avaliar melhor cada aspecto estudado. Essa área se mostra cada vez mais importante na saúde mental, uma vez que se trata de transtornos muito comprometedores do ponto de vista social e psicológico.

Essa proposta teve como importância direcionar a atenção dos profissionais da área e atentá-los para a comorbidade entre os dois transtornos, uma vez que a ansiedade social se apresenta subdiagnosticada em grande parte dos quadros depressivos, espera-se, dessa forma, tornar o tratamento mais eficaz. Outro ponto relevante da identificação das crenças envolvidas nos quadros comórbidos de depressão e ansiedade social é a possibilidade de estudos mais diretos de prevenção e desenvolvimento de fatores protetivos. Uma vez traçados os esquemas de crenças desse grupo, torna-se mais fácil desenvolver atividades e até mesmo direcionar a atenção aos fatores de riscos para o desenvolvimento desses transtornos.

REFERÊNCIAS

- Achin, A. M., Ouellet, R., Lavoie M. A., Vallières, C., Jackson, P.L., Roy, M.A.(2013). Impact of social anxiety on social cognition and functioning in patients with recent-onset schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.*145(1-3):75-81.
- Agudelo, D., Buéla-Casal, B. & Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad Y Depresión: El Problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2): 33-41.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition: DSM-5* .5ª Edição. Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition: DSM-IV*. 4ª Edição. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Antona, C.J.& López, L.J.G. (2008). Repercusión y Reestructuración Cognitiva sobre la Ansiedad Social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, año: 40(2): 281-292
- Araújo, L.F., Ronzani, T.M. & Lourenço, L.M. (2010). Análise da Literatura sobre a Comorbidade entre Ansiedade Social e Depressão. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 3 (2) :109-123
- Ayers, C. R., & Riskind, J. H. (2014). Testing the psychometric properties of the Cognitions Checklist, a measure to differentiate anxiety and depression among older adults. *Geriatric Nursing* 20: 1-4
- Baptista, M. N. (2012). *Manual técnico da Escala Baptista de Depressão em Adultos (EBADEP-A)*. São Paulo, SP: Vetor.
- Baptista, M.N. (2004). Sobre a Depressão. In: Baptista, M.N (Ed.): *Suicídio e Depressão: atualizações*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan,.
- Bailey, C. H.; Kandel, E.R. (1993). Structural changes accompanying memory storage. *Annual Review of Neuroscience* 55:397-426.
- Barlow, H. (1972) Single units and sensation: a neuron doctrine for perceptual psychology? *Journal of Physiology* 119:69-78.
- Beck, J.S. (2013). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre, RS: Artmed..
- Beck, A.T. & Alford, B.A (2011). *Depressão causas e tratamento*. 2ª edição.Porto Alegre, RS: Artmed.
- Beckham, E.E., Leber, W.R., Watkins, J.T., Boyer, J.L. & Cook, J.B. (1986). Development of an Instrument to Measure Beck's Cognitive Triad: The Cognitive Triad Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54(4):566-567.
- Bem, D. J. (1973). *Convicções, atitudes e assuntos humanos* (C. M. Bori, Trad.). São Paulo: EPU
- Berman, M. G., Kross, E., & Krpan, K. M. (2012). Interacting with nature improves cognition and affect for individuals with depression. *Journal of Affective Disorders* 140: 300-305
- Bieling, P. J., McCabe, R. E. & Antony, M.M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Blaya, C.; Isolan, L. & Manfro, G.G. (2014) Comorbidades. In Nardi, A.E.; Quevedo, J. & Silva, A. G. (Org.). *Transtornos de Ansiedade Social: Teoria e Clínica*. Porto Alegre, RS: Artmed.

- Bliss, T. V. P.; Collingridge, G. L. (1993). A synaptic model of memory: long-term potentiation in the hippocampus. *Nature* 361:31-39.
- Boden, M. T., John, O. P., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., Gross, J. J. (2012). The role of maladaptive beliefs in cognitive-behavioral therapy: Evidence from social anxiety disorder *Behaviour research and therapy*, 50(5): 287-291. doi: 10.1016/j.brat.2012.02.007
- Bourne, H. R.; Nioll, R. (1993). Molecular machines integrate coincident synaptic signals. *Neuron* 10:65-75
- Bunce, D., Batterham, P. J., & Mackinnon, A. J. (2012). Depression, anxiety and cognition in community-dwelling adults aged 70 years and over. *Journal of Psychiatric Research* 46: 1662-1666.
- Burato, K.R.S., Crippa, J.A.S & Loureiro, S.R. (2009). Transtorno de ansiedade social e comportamentos de evitação e de segurança: uma revisão sistemática. *Estudos de psicologia (Natal)*. 14(2): 167-174.
- Carneiro, A.M. & Baptista M.N (2012). Saúde geral e sintomas depressivos em universitários. *Salud & Sociedad* 3(2): 166 – 178.
- Carvalho, J. O., Tan, J. E., Springate, B. A., & Davis, J. D. (2012). Self-reported depressive syndromes in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics* 25:3, 439-444.
- Clarck, D.A. & Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Clark, L.A & Watson, D. (1991). Tripartite Model of anxiety and depression: psicometric evidence and taxonomic implications, *Journal of Abnormal Psychology Copyright 1991 by the American Psychological Association.*, 100(3):316-336.
- Charlton, R. A., Lamar, M., & Zhang, A. (2014). White-matter tract integrity in late-life depression: associations with severity and cognition. *Psychological Medicine* 44, 1427-1437.
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª edição. Porto Alegre, RS: Artmed
- Dancey, C. P & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicólogos: Usando SPSS para Windows*. (3ª Edição). São Paulo, SP: Artemed.
- Davidoff, L.L.(2001). *Introdução à Psicologia*. 3ª Edição. São Paula, SP: Pearson
- Davis, H. P.; Squire, L. R. (1984). Protein synthesis and memory. *Psychological Bulletin* 96:518-559
- D'El Rey, G.J & Freedner, J.J. (2006). Depressão em pacientes com fobia social. *Psicol. Argum.* 24(46):71-76.
- D'El Rey, G.J.f & Pacini, C.A. (2006). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas. *Psicologia em estudo*. 11(2): 269-275.
- Dias, R.R. & Baptista, M.N. (2004). Depressão e Suicídio no Hospital Geral. In: Baptista, M.N (Ed.): *Suicídio e Depressão: atualizações*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan
- Diener, C., Kuehner, C. & Brusniak, W. (2012). A meta-analysis of neurofunctional imaging studies of emotion and cognition in major depression. *NeuroImage* 61, 677-685.
- Eysenck, M. W.; Keane, M. T. (2005) *Cognitive Psychology: A Student's Handbook*. Psychology Press: Taylor & Francis Group, New York.
- Falcone, E. O. (2001). O processamento cognitivo da ansiedade na ansiedade social. *Rev. Psiq. Clín.* 28 (6):309-312.
- Flerck et al (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão Integral). *Ver Brás Psiquiatria* (Supl I):S7-17.

- Goldin, P. R., Manber-Ball, T., Werner, K., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2009). Neural mechanisms of cognitive reappraisal of negative self-beliefs in social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 66(12), 1091-1099. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.07.014
- González, M., Herrero, M., Viña, C. M., Ibáñez, I. & Peñate, W. (2004). El Modelo Tripartito: Relaciones Conceptuales y Empíricas entre Ansiedad, Depresión y Afecto Negativo. *Revista Sulamericana de Psicología*, 36(2);289-304.
- Greenough, W. T.; Bailey, C. H. (1988). The anatomy of memory: convergence of results across a diversity of tests. *Trends in Neurosciences* 17:71-75.
- Grosa, D. F., & Sarver, N. W. (2014). An investigation of the psychometric properties of the Social Thoughts and Beliefs Scale (STABS) and structure of cognitive symptoms in participants with social anxiety disorder and healthy controls. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(3), 283-290. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.01.004
- Guillaume, P. (1960). *Psicologia da Forma*. (I. de Moura, trad.). São Paulo: Companhia Editora Nacional
- Hales, S. A., Deepro, C., & Goodwin, G. M. (2011). Cognitions in bipolar affective disorder and unipolar depression: imagining suicide. *Bipolar Disorders* 13, 651-661.
- Haller, S.P.W., Kadosh, K.C. & Law, J.Y.F. (2013). A developmental angle to understanding the mechanisms of biased cognitions in social anxiety. *Frontiers Human Neuroscience*. 7: 846-851
- Hope, D.A., Heimberg, R.G. & Turk, C.L. (2012), *Terapia cognitivo-comportamental para ansiedade social: Guia do terapeuta*. 2ª edição. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Hubel, D. (1988). *Eye, Brain, and Vision*. New York: W. H. Freeman.
- Hume, D. (2006). *An Enquiry Concerning Human Understanding*. (Ed. by Tom L. Beauchamp) Clarendon Press: Oxford (Original work published in 1748).
- Kesselring (2008). *Jean Piaget*. 3ª ed. EDUCS: Caxias do Sul, RS.
- Köhler, W. (1968). *Psicologia da Gestalt*. Belo Horizonte: Itatiaia Limitada
- Krüger, H. (1995). *Psicologia das crenças..perspectivas teóricas*. Tese de concurso para professor titular de psicologia social - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
- Krüger, H. (2006). *Introdução à psicologia social* (2ª reimp..). São Paulo, SP: EPU.
- Lane, S.T.M. (1988). *O que é psicologia social*. 14ª Ed. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Leahy, R.L. (2011). *Livre de ansiedade*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Lee, J. Y., Insel, P., & Mackin, R. S. (2012). Different associations of white matter lesions with depression and cognition. *BMC Neurology*. 12: 83-91.
- Lisman, J. E.; Fallon, J. R. (1999). What maintains memories? *Science* 283:339-340.
- Lysaker, P.H.; Vohs, J.; Hasson-Ohayon, I.; Kukla, M.; Wierwille, J. & Dimaggio G. (2013). Depression and insight in schizophrenia: Comparisons of levels of deficits in social cognition and metacognition and internalized stigma across three profiles. *Schizophr Res.* 148(1-3):18-23.
- Martin, K. (1994). A brief history of the “feature detector”. *Cerebral Cortex* 4:1-7.
- Markran, H.; Lubke, J.; Frostscher, M.; Sakmann, B. (1997). Regulation of synaptic efficacy by coincidence of postsynaptic APs and EPSPs. *Science* 275:213-215.
- Makkar, S. R. & Grisham, J. R. (2011). Social anxiety and the effects of negative self-imagery on emotion, cognition, and post-event processing. *Behav Res.* 49(10):654-64.
- Mahaffey, B. L., Wheaton, M. G., Fabricant, L. E., Berman, N. C. & Abramowitz, J. S. (2013). The Contribution of Experiential Avoidance and Social Cognitions in the Prediction of Social Anxiety. *Behav Cogn Psychother.* 41(1):52-65

- Morris, R. G. M.; Kandel, E. R.; Squire, L. R. (1988). The neuroscience of learning and memory: cells, neural circuits and behavior. *Trends in Neurosciences* 11:125-127.
- Moser, J. S., Huppert, J. D., Foa, E.B. & Simons, R. F. (2012). Interpretation of ambiguous social scenarios in social phobia and depression: Evidence from event-related brain potentials. *Biological Psychology* 89 387–397.
- Ohavon, M. M. & Schartzberg, A. F. (2010). Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*. 68(3):235-243.
- Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2010). Interoception in anxiety and depression. *Brain Structure and Function*, 214(5-6), 451-463. doi: 10.1007/s00429-010-0258-9
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex*. London: Oxford University Press.
- Penna, A. G. (1993). *Percepção e Realidade: introdução ao estudo da atividade perceptiva*. Rio de Janeiro: Imago.
- Plana, I., Lavoie, M. A., Bataglia, M. & Achin A. M. (2014). A Meta-Analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 28(2):169–177.
- Possel, P. (2009). Cognitive Triad Inventory (CTI): Psychometric properties and factor structure of the German translation. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 40, 240–247.
- Ramachandram, V. S.; Gregory, R. L. (1991). Perceptual Filling In of Artificially Induced Scotomas in Human Vision. *Nature* 350:699-702.
- Romero, N., Sanchez, A., & Vazquez, C. (2014). Memory biases in remitted depression: The role of negative cognitions at explicit and automatic processing levels. *Journal of Behavior Therapy and Experimental. Psychiatry* 45, 128-135.
- Rokeach, M. (1981). *Crenças, atitudes e valores: uma teoria de organização e mudança*. (A. M. M. Barbosa, Trad.) Rio de Janeiro: Interciência.
- Rudy, B. M., Davis, T. E., & Matthews, R. A. (2014). Cognitive indicators of social anxiety in youth: A structural equation analysis. *Behavior Therapy*. 43(3):619-628.
- Santos, L. F.; Loureiro, S.R.; Crippa, J.A.S. & Osório, F.L. (2013). Psychometric Validation Study of the Liebowitz Social Anxiety Scale - Self-Reported Version for Brazilian Portuguese. *PLoS ONE*. 8(7): e70235. doi:10.1371/journal.pone.0070235
- Schwartz, J. H. (1993). Cognitive Kinases. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 90:8310-8313.
- Sternberg, R.J. (2008). *Psicologia Cognitiva*. 4ª edição. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o Behaviorismo*. (M. P. Villalobos, trad.) São Paulo: Cultrix.
- Teodoro, M.L.M.; Ohno, P.M. & Froeseler, M.V.G. (2014) Adaptação e estrutura fatorial do inventário da tríade cognitiva (ITC). Manuscrito submetido para publicação.
- Thorndike, E. L. (1911). *Animal Intelligence: Experimental Studies*. New York: Macmillan
- Tillfors, M. & Furmark, T. (2007). Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42:79–86
- Tolman, A. (2009). *Depressão em adultos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Valadez, J.J & Ferguson, C. J. (2012). Just a game after all: Violent video game exposure and time spent playing effects on hostile feelings, depression, and visuospatial cognition. *Computers in Human Behavior*. 28(2):608–616.
- Vernon, M. D. (1974). *Percepção e Experiência*. (D. M. Leite, trad.) São Paulo: Perspectiva.
- Weber, K., Giannakopoulos, P., & Delaloye, C. (2012). Personality traits, cognition and volumetric MRI changes in elderly patients with early-onset depression: A 2-year follow-up study. *Psychiatry Research*. 198, 47-52.
- Werf-Eldering, M.J.; Riemersma-van der Lek, R. F.; Burger, H.; Holthausen, E.A.E.; Aleman, A. & Nolen, W.A; (2012). Can Variation in Hypothalamic-Pituitary-Adrenal

(HPA)-Axis Activity Explain the Relationship between Depression and Cognition in Bipolar Patients? *PLoS ONE*. 7(5): e37119. doi:10.1371/journal.pone.0037119.

Wright, J.H., Basco, M.R. & Thase, M.E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre, RS: Artmed.

ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “As crenças cognitivas e suas relações com sintomas de ansiedade social e depressão”. Neste estudo pretendemos investigar as relações entre quadros de ansiosos sociais, deprimidos e ansiosos sociais deprimidos e as crenças mais fortes em cada grupo, em pacientes do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) – UFJF e Clínica Psicológica do CES. Esse estudo se torna relevante porque um transtorno é altamente comórbido com o outro, isso dificulta o diagnóstico diferencial e interfere nas intervenções.. Para isto serão utilizados 3 questionários fechados, de auto-preenchimento, já validados, a saber: O Inventário da Tríade Cognitiva,, Escala Baptista de Depressão (possui escala de identificação socioeconômico , e Liebowitz (Escala de Liebowitz para Ansiedade Social)..

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pela pesquisadora. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa - UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa / Campus Universitário da UFJF - Juiz de Fora (MG) - CEP: 36036-900 Fone: (32) 2102-3788 /

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador(a) Responsável: Auxiliatrice Caneschi Badaró

Tel: (32) 99514143

e-mail: auxiliatrice@hotmail.com

ANEXO II: QUESTIONÁRIO DE DEPRESSÃO BAPTISTA PARA ADULTOS

Questionário de Identificação

Data: ____/____/____

1 - Sexo: ¹() Masculino ²() Feminino 2- Idade: 3- Curso:

4 - Estado Civil:

¹() Solteiro⁴() Desquitado/ Divorciado²() Casado⁵() Recasado³() Viúvo⁶() Outros:

5 – Indique o nível de escolaridade do chefe da família:

¹() Analfabeto/ fundamental incompleto⁴() Médio completo / Superior incompleto²() Fundamental I (1ª a 4ª) completo/⁵() Superior completo

Fundamental II (5ª a 8ª) incompleto

³() Fundamental II completo/

Médio incompleto

6 – Se você não for o chefe da família, indique seu grau de escolaridade:

¹() Analfabeto/ fundamental incompleto⁴() Médio completo / Superior incompleto²() Fundamental I (1ª a 4ª) completo/⁵() Superior completo

Fundamental II (5ª a 8ª) incompleto

³() Fundamental II completo/

Médio incompleto

7 – Assinale com um X a quantidade dos itens que você possui em casa:

Itens	Não tem	1	2	3	4 ou +
Televisão					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Maquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

8- Trabalha atualmente?

1() Não

2() Sim.

Qual profissão? : _____

9 – Alguém da sua família já foi diagnosticado com depressão, por psicólogo ou psiquiatra?

1() Não 2() Sim. Quem? _____

10 – Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica?

1() Não

2() Sim, com diagnóstico de depressão

3() Sim, sem nenhum diagnóstico

4() Sim, com outro diagnóstico. Qual? _____

11 – Atualmente está passando por tratamento para depressão?

psicológico

1() Não

2() Sim

Há quanto tempo? _____

medicamentoso

1() Não

2() Sim

Há quanto tempo? _____

12- Se você está diagnosticado com algum transtorno depressivo, acredita que atualmente os sintomas depressivos se encontram em qual nível?

¹Leve () ²() Moderado ³() Severo

Para preenchimento do pesquisador: HD _____ CID _____
Comorbidade _____

ESCALA BAPTISTA DE DEPRESSÃO (VERSÃO ADULTO)– EBADEP-A

Você acabou de receber uma escala com 45 itens, contendo duas frases na mesma linha em cada item. Entre as frases há quatro círculos. Leia atentamente as duas frases opostas em cada linha e marque com um X como você vem se sentindo em um período de duas semanas, inclusive hoje. O círculo que você escolher deve estar mais próximo do que a frase significar, como no exemplo a seguir:

Por exemplo:

Se você tem se sentido **muito** alegre, marque:

Estou me sentindo alegre ☒ ☐ ☐ ☐ Estou me sentindo triste

Se você tem se sentido alegre, marque:

Estou me sentindo alegre ☐ ☒ ☐ ☐ Estou me sentindo triste

Se você tem se sentido triste, marque:

Estou me sentindo alegre ☐ ☐ ☒ ☐ Estou me sentindo triste

Se você tem se sentido **muito** triste, marque:

Estou me sentindo alegre ☐ ☐ ☐ ☒ Estou me sentindo triste

Se tiver dúvidas, pergunte ao aplicador.

Favor responder a todos os itens (linhas).

Lembre-se que você deve estar se sentindo assim, **pelo menos nas duas últimas semanas.**

1. Não tenho vontade de chorar	☐	☐	☐	☐	Tenho sentido vontade de chorar
2. Tenho me sentido muito bem	☐	☐	☐	☐	Tenho estado mais angustiado
3. Consigo realizar tarefas	☐	☐	☐	☐	Sinto-me mais impotente para realizar tarefas
4. Resolvo meus problemas	☐	☐	☐	☐	Sinto-me menos capaz para enfrentar meus problemas
5. Faço coisas que gosto	☐	☐	☐	☐	Não tenho mais vontade de fazer coisas que gostava
6. Não tenho chorado	☐	☐	☐	☐	Tenho chorado muito
7. Não sinto solidão	☐	☐	☐	☐	Sinto-me cada vez mais sozinho
8. Sei me comportar nas situações	☐	☐	☐	☐	Não sei mais como agir
9. Consigo me virar sozinho	☐	☐	☐	☐	Não consigo mais me virar sozinho
10. O futuro será melhor	☐	☐	☐	☐	Não acredito que as coisas melhorem

11. Minhas atitudes me parecem normais	☐	☐	☐	☐	Acho minhas atitudes menos adequadas do que antes
12. Faço planos para o futuro	☐	☐	☐	☐	Não consigo planejar meu futuro
13. Acredito em mim	☐	☐	☐	☐	Estou acreditando menos em mim
14. Não tenho problemas para decidir	☐	☐	☐	☐	Está mais difícil decidir
15. Escolho com facilidade	☐	☐	☐	☐	Não consigo mais escolher sozinho
16. Consigo fazer minhas tarefas sem ajuda	☐	☐	☐	☐	Estou precisando de ajuda para realizar meus trabalhos
17. Sinto prazer em realizar minhas atividades	☐	☐	☐	☐	As coisas não me agradam como antigamente
18. Sinto-me feliz com minha vida	☐	☐	☐	☐	Antes eu era mais feliz
19. Acredito que as coisas estão indo bem na minha vida	☐	☐	☐	☐	Acredito que atualmente nada vai bem
20. Faço coisas que ajudam os outros	☐	☐	☐	☐	As coisas que faço não ajudam a mais ninguém
21. Estar com pessoas é bom	☐	☐	☐	☐	Comecei a inventar desculpas para não me encontrar com as pessoas
22. Compareço a festas e reuniões quando sou convidado	☐	☐	☐	☐	Tenho evitado festas e reuniões mesmo convidado
23. Consigo me concentrar nas minhas atividades	☐	☐	☐	☐	Não consigo mais me concentrar
24. Tenho realizado minhas tarefas normalmente	☐	☐	☐	☐	Estou mais lento para realizar minhas tarefas
25. Tenho realizado minhas tarefas normalmente	☐	☐	☐	☐	Estou me sentindo mais agitado do que antes
26. Sempre achei minha vida boa	☐	☐	☐	☐	Hoje acho que meu passado não foi bom
27. Sinto-me disposto	☐	☐	☐	☐	Logo pela manhã me sinto esgotado
28. Minha vida é boa	☐	☐	☐	☐	Minha vida está cada vez pior
29. Morrer não é a solução para problemas	☐	☐	☐	☐	Tenho pensado que seria melhor estar morto
30. Acredito em mim	☐	☐	☐	☐	Não acredito mais em mim
31. Durmo bem	☐	☐	☐	☐	Não consigo mais dormir a noite inteira
32. Faço normalmente o que é necessário	☐	☐	☐	☐	Não consigo mais fazer o necessário
33. Gosto muito da minha vida	☐	☐	☐	☐	Não dou mais valor à minha vida
34. Gosto de mim	☐	☐	☐	☐	Não gosto mais de mim
35. Termino minhas tarefas	☐	☐	☐	☐	Não termino mais minhas tarefas
36. Estou tranqüilo	☐	☐	☐	☐	Perco a paciência por muito pouco
37. Não venho me sentindo nervoso	☐	☐	☐	☐	Qualquer coisa me deixa nervoso
38. Sinto-me com disposição	☐	☐	☐	☐	Ando mais cansado
39. Sinto-me disposto	☐	☐	☐	☐	Não tenho mais vontade de fazer as coisas
40. Durmo normalmente	☐	☐	☐	☐	Tenho dormido muito
41. Minha fome continua como sempre	☐	☐	☐	☐	Tenho comido menos
42. Tenho desejo sexual como antes	☐	☐	☐	☐	Meu desejo sexual vem diminuindo muito
43. Meu peso continua o mesmo	☐	☐	☐	☐	Tenho emagrecido sem fazer regime
44. Tomo remédio apenas quando preciso	☐	☐	☐	☐	Gosto de tomar remédio por precaução
45. Não costumo sentir culpa	☐	☐	☐	☐	Venho me sentindo culpado pelos problemas

ANEXO3: INVESTÁRIO DE ANSIEDADE SOCIAL LIEBOWITZ

Inventário de Ansiedade Social



Escala de Fobia Social - Liebowitz

Nome: _____ Data: _____ Idade: _____ Aplicador: _____

	MEDO OU ANSIEDADE 0 = Nenhum 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Intenso	EVITAÇÃO 0 = Nunca 1 = Ocasionalmente 2 = Frequentemente 3 = Geralmente
1. Telefonar em público (P).		
2. Participar de pequenos grupos (P).		
3. Comer em locais públicos (P).		
4. Beber com outros em locais públicos (P).		
5. Falar com pessoas em posição de autoridade (S).		
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência (P).		
7. Ir a uma festa (S).		
8. Trabalhar sendo observado (P).		
9. Escrever sendo observado (P).		
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem (S).		
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem (S).		
12. Encontrar com estranhos (S).		
13. Urinar em banheiro público (P).		
14. Entrar em uma sala onde outros já estão sentados (P).		
15. Ser o centro das atenções (S).		
16. Falar em uma reunião (P).		
17. Fazer uma prova (P).		
18. Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem (S).		
19. Olhar nos olhos de pessoa que você não conheça bem (S).		
20. Relatar algo para um grupo (P).		
21. Tentar paquerar alguém (P).		
22. Devolver mercadorias para uma loja (S).		
23. Dar uma festa (S)		
24. Resistir as pressões de um vendedor (S).		

ESCORE TOTAL.		
ANSIEDADE DE PERFORMANCE (P).		
ANSIEDADE SOCIAL (S).		

ANEXO IV: INVESTÁRIO DA TRÍADE COGNITIVA

Inventário da Tríade Cognitiva (ITC)

Inventário da Tríade Cognitiva (ITC)

Beckham, Leber, Watkins, Boyer, e Cook (1986)

Nome:

Sexo: ____ Feminino ____ Masculino
____ anos

Idade:

Este inventário lista diferentes ideias que as pessoas às vezes têm. Mostre o quanto você concorda com cada uma dessas ideias, marcando a resposta que melhor descreve a sua opinião. Certifique-se de escolher apenas uma resposta para cada frase. Responda de acordo com o que você está pensando NESTE MOMENTO.

EXEMPLO:

CONCORDO TOTALMENTE
 CONCORDO MUITO
 CONCORDO UM POUCO
 NEM CONCORDO, NEM DISCORDO
 DISCORDO UM POUCO
 DISCORDO MUITO
 DISCORDO TOTALMENTE

	Concordo totalmente	Concordo muito	Concordo um pouco	Nem concordo, nem discordo	Discordo um pouco	Discordo muito	Discordo totalmente
1. A vida tem seus altos e baixos.			X				

No exemplo acima, a marca em “Concordo um pouco” indica que quem respondeu a este questionário concorda um pouco com a ideia de que “a vida tem seus altos e baixos”.

Instruções: Marque a resposta que melhor descreva a sua opinião. Escolha uma única resposta para cada idéia. Responda as frases de acordo com o que você está sentindo NESTE MOMENTO.

CONCORDO TOTALMENTE
 CONCORDO MUITO
 CONCORDO UM POUCO
 NEM CONCORDO, NEM DISCORDO
 DISCORDO UM POUCO
 DISCORDO MUITO
 DISCORDO TOTALMENTE

RESPONDA as frases de acordo com o que você está pensando NESTE MOMENTO.

	Concordo totalmente	Concordo muito	Concordo um pouco	Nem concordo, nem discordo	Discordo um pouco	Discordo muito	Discordo totalmente
1. Eu tenho muitos talentos e habilidades.							
2. Meu trabalho (trabalho doméstico, trabalho escolar, tarefas diárias) é desagradável.							
3. A maioria das pessoas são amigáveis e prestativas.							
4. Nada parece dar certo para mim.							
5. Eu sou um fracasso.							
6. Eu gosto de pensar sobre as coisas boas que terei pela frente.							
7. Eu faço o meu trabalho (emprego, escola, trabalho doméstico) adequadamente.							
8. As pessoas que eu conheço me ajudam quando eu preciso.							
9. Espero que as coisas dêem certo para mim a partir de agora.							
10. Tenho estragado quase todas as relações importantes que já tive.							
11. O futuro reserva muita emoção para mim.							
12. Minhas atividades diárias são divertidas e gratificantes.							
13. Eu não consigo fazer nada direito.							
14. As pessoas gostam de mim.							

15. Não resta nada em minha vida para desejar.							
	Concordo totalmente	Concordo muito	Concordo um pouco	Nem concordo, nem discordo	Discordo um pouco	Discordo muito	Discordo totalmente
16. Meus problemas ou preocupações atuais estarão sempre presentes, de uma forma ou de outra.							
17. Eu me comporto tão bem quanto as outras pessoas que eu conheço.							
18. O mundo é um lugar muito hostil.							
19. Não há nenhuma razão para eu estar esperançoso quanto ao futuro.							
20. As pessoas importantes na minha vida são prestativas e me apóiam.							
21. Eu me odeio.							
22. Eu vou superar meus problemas.							
23. Acontecem muitas coisas ruins comigo.							
24. Eu tenho um(a) companheiro(a) ou amigos que são calorosos e prestativos.							
25. Eu posso fazer bem várias coisas.							
26. Meu futuro é simplesmente terrível demais para se pensar.							
27. Minha família não se importa com o que acontece comigo.							
28. As coisas vão funcionar bem para mim no futuro.							
29. Sou culpado por muitas coisas.							
30. Não importa o que eu faça, as outras pessoas tornam as coisas que eu quero mais difíceis.							
31. Eu sou uma pessoa com muitas qualidades.							
32. Não há nada para desejar nos próximos anos.							
33. Eu gosto de mim mesmo.							
34. Eu estou enfrentando muitas dificuldades.							

35. Eu tenho defeitos graves.							
36. Espero estar contente e satisfeito com o passar dos anos.							