



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

**Impacto da Perturbação da Aprendizagem
Específica com Défice de Leitura (PAE-DL) nos
Níveis de Ansiedade Fóbica e Autoconceito**

Versão Definitiva Após Defesa Pública

Ana Isabel da Silva Natálio

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)**

Orientadora: prof. Doutora Maria de Fátima de Jesus Simões
Coorientadores: Prof. Doutor Luís Maia; Prof. Doutor Paulo Rodrigues

Covilhã, agosto de 2018



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

**Impacto da Perturbação da Aprendizagem
Específica com Défice de Leitura (PAE-DL) nos
Níveis de Ansiedade Fóbica e Autoconceito**

Versão Definitiva Após Defesa Pública

Ana Isabel da Silva Natálio

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)**

**Orientadora: prof. Doutora Maria de Fátima de Jesus Simões
Coorientadores: Prof. Doutor Luís Maia; Prof. Doutor Paulo Rodrigues**

Covilhã, agosto de 2018

Dedicatória

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”

(Simone de Beauvoir)

Ao meu marido e filhas pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem tenta trilhar novos caminhos.

Sem vocês, nenhuma conquista valeria a pena.

Agradecimentos

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais, figuras fundamentais para que este projeto pudesse ter sido realizado; Ao meu marido e filhas pelo apoio e motivação que sempre me deram.

Um obrigada muito especial ao meu Diretor de Serviço, Dr. João Fortes que permitiu a concretização deste sonho.

Finalmente agradeço à Professora Doutora Fátima Simões, que tive a sorte de ter como Orientadora de Dissertação, pelo apoio incondicional, motivação, disponibilidade e valorização com que sempre me brindou.

A todos, agradeço o apoio que me foram dando, direta ou indiretamente. Obrigada!

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Índice.....	vii
Lista de Tabelas	ix
Resumo.....	xi
Abstract.....	xiii
Introdução	1
Capítulo I - Estado da Arte	3
1. Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice de Leitura (PAE-DL)	3
1.1. Da Dislexia à PAE-DL	3
1.2. Tipos de PAE-DL.....	5
1.2.1. Dislexia Adquirida	6
1.2.2. Dislexia do Desenvolvimento	6
1.3. Teorias explicativas da PAE-DL.....	7
1.3.1. Teoria do défice fonológico	8
1.3.2. Teoria do défice de automatização	8
1.3.3. Teoria magnocelular	9
1.3.4. Teoria do défice auditivo	9
1.3.5. Teoria cerebelar	10
1.4. Bases biológicas da PAE-DL	10
1.5. Comorbilidades na PAE-DL	12
1.6. Prevalência	12
1.7. Dislexia de desenvolvimento em adultos	13
1.8. Estudos com adultos disléxicos.....	14
2. Ansiedade Fóbica e Autoconceito em Adultos com e sem PAE-DL	15
2.1. Conceito de ansiedade fóbica	15
2.2. Autoconceito	18
2.2.1. Autoconceito: definição e conceptualização	18
2.2.2. Autoconceito e auto-imagem.....	19

2.2.3. Autoconceito e autoestima	20
2.2.4. Diferença no autoconceito em função do género e da idade	20
Capítulo II - Estudo empírico.....	23
1. Objectivos e Hipóteses do Estudo	23
2. Método.....	24
2.1. Procedimentos de recolha de dados e seleção da amostra	24
2.2. Participantes	24
2.3. Instrumentos	25
2.3.1. BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos	25
2.3.2. Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC).....	27
2.3.3. Questionário sociodemográfico	28
3. Resultados.....	29
3.1. Testes de normalidade	29
3.2. Teste de hipóteses	30
4. Discussão dos resultados.....	34
5. Conclusão	35
Referências	37

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Diferentes Definições da PAE-DL.	5
Tabela 2 - Tipos e subtipos de dislexia	7
Tabela 3 - Estudos realizados com disléxicos adultos.	14
Tabela 4 - Características diagnósticas das fobias específicas segundo o DSM - V.	18
Tabela 5 - Distribuição dos participantes em função da idade.	25
Tabela 6 - Distribuição dos participantes em função do género.	25
Tabela 7 - Distribuição da amostra em função da profissão.	25
Tabela 8 - Cálculo do índice alpha de Cronbach para a fiabilidade das dimensões do BSI.	27
Tabela 9 - Cálculo do índice alpha de Cronbach para a fiabilidade da dimensão Ansiedade Fóbica	27
Tabela 10 - Cálculo do índice alpha de Cronbach do ICAC.	28
Tabela 11 - Teste Kolmogorov-Smirnov para a normalidade das variáveis dependentes.	29
Tabela 12 - Estatística Descritiva para as variáveis dependentes.....	30
Tabela 13 - Correlações entre autoconceito total, fatores do autoconceito e ansiedade fóbica no grupo com PAE-DL.	31
Tabela 14 - Correlações entre autoconceito total, fatores do autoconceito e ansiedade fóbica no grupo sem PAE-DL.....	31
Tabela 15 - Estatística descritiva dos valores de autoconceito para os grupos PAE-DL e sem PAE-DL.	32
Tabela 16 - Teste de homogeneidade de variâncias do autoconceito e dos seus fatores.....	32
Tabela 17.....	33
Estatísticas descritivas para Ansiedade fóbica	33
Tabela 18 - Teste de homogeneidade de variâncias para a Ansiedade fóbica.	34

Resumo

O DSM-5 refere que a Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura afeta entre 5 a 10% da população, sendo que tal perturbação acompanha todo o ciclo vital e tem impacto a diversos níveis. O estudo aqui apresentado tem como objetivo compreender como é que esta perturbação afeta os níveis de autoconceito e de ansiedade fóbica. A amostra é de N=50 (fem.= 35; masc.=15) dos quais 25 (50%) são portadores de PAE-DL e 25 (50%) não portadores, sendo que no grupo com PAE-DL, as idades variam entre um mínimo de 22 anos e um máximo de 60, com uma média de idades de 33.04 anos. Já no que diz respeito ao grupo sem PAE-DL, as idades oscilam entre os 19 e os 53 anos com uma média de 31.56 anos. Os resultados indicam que os participantes com PAE-DL têm valores mais baixos de autoconceito total, aceitação/rejeição, autoeficácia e maturidade psicológica mas nenhum destes resultados é estatisticamente significativo. Contudo, os participantes com PAE-DL apresentam valores mais baixos no fator Impulsividade/Atividade e as diferenças são estatisticamente significativas. Também no que diz respeito à ansiedade fóbica, os participantes com PAE-DL apresentam valores mais elevados do que os participantes sem PAE-DL e os mesmos são estatisticamente significativos.

Palavras-chave

Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice da Leitura (PAE-DL); dislexia em adultos; ansiedade fóbica; autoconceito

Abstract

DSM-5 refers that Specific Learning Disability with Reading Deficit affects between 5 to 10% of the population, affecting life at several levels throughout all of the life cycle. This study has the goal to understand how this disorder affects the self-concept and phobic anxiety levels. The sample of N=50 (female =35; male =15), with 50% Specific Learning Disability with Reading Deficit participants. As for age ranges, the Specific Learning Disability with Reading Deficit participants aged between 22 and 60 years-old, average 33,04. In the group that doesn't suffer from this disorder, the age is between 19 and 53, average 31.56. Results indicate that participants with Specific Learning Disability with Reading Deficit have lower values of total self-concept, acceptance/rejection, self-efficiency and psychological maturity, but none of these results are statistically significant. As for the phobic anxiety, the participants with Specific Learning Disability with Reading Deficit presented higher values than the ones without the disorder. In this case, the results are statistically significant.

Key words

Reading Deficit Specific Learning Disorder; dyslexia in adults; phobic anxiety; self-concept

Introdução

Apesar de as Perturbações de Aprendizagem terem vindo a ser alvo de estudos, a maior parte das publicações sobre a PAE-DL, referem-se a crianças em idade escolar. Se tivermos em consideração que esta perturbação tem uma base genética e que afeta o desenvolvimento, podemos supor que tal quadro acompanha o indivíduo ao longo do ciclo vital. De fato, a PAE-DL, inicialmente designada pelo termo dislexia, tem vindo a ser alvo de interesse por parte de diversos profissionais, particularmente psicólogos e professores, que se dedicam à investigação dos fatores que conduzem ao sucesso ou insucesso escolar de crianças que apresentam esta condição. Apesar dos indivíduos disléxicos apresentarem dificuldades ao nível da leitura e da escrita, tal não significa necessariamente que tal conduza ao insucesso, tendo mesmo vindo a ser sugerido que esta dificuldade promove a criatividade e competência para lidar de forma original com o problema. Um indivíduo com dificuldades na leitura, embora seja inteligente, vive a sua vida académica em permanente conflito entre o esforço realizado e os resultados reais que nem sempre refletem o seu esforço e capacidades, podendo este fato desencadear problemas na sua vida pessoal, emocional e profissional (Freitas 2011).

A nomenclatura da PAE-DL - Perturbação da Aprendizagem Específica com Déficit de Leitura foi-se modificando no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) da APA, sendo que na 1ª Edição utilizava-se o termo “Perturbação da Aprendizagem” que englobava as “Perturbações da Personalidade” (APA, 1952; Blashfield, Keeley, Flanagan, & Miles, 2014). Na última Edição (DSM-5), a PAE-DL vem enquadrada na categoria “Perturbações do Neurodesenvolvimento” e na subcategoria de “Perturbação da Aprendizagem Específica”, (APA, 2014; Mousinho & Navas, 2016; Rodrigues & Ciasca, 2016; Snowling & Hulme, 2012). De acordo com Critchley (1970), a dislexia é uma perturbação da aprendizagem da leitura que surge em indivíduos com inteligência normal, sem problemas sensoriais e/ou neurológicos associados, instruídos e com igualdade de oportunidades sócio culturais. No que se refere à dislexia de desenvolvimento, a investigação tem prestado pouca atenção a fatores emocionais, e como esta perturbação afeta a qualidade de vida dos indivíduos.

Nesse sentido, a presente investigação pretende ser um contributo para uma melhor compreensão da temática da dislexia e seu impacto na vida dos adultos, nomeadamente no autoconceito e na ansiedade fóbica. Com efeito, o autoconceito pode ser definido como “conceção e avaliação de si mesmo, incluindo características psicológicas e físicas, qualidades e habilidades (...) Pode ainda influenciar o julgamento, o humor e padrões comportamentais” (Dicionário de Psicologia da APA, 2010, p. 116.), mas também “...como a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si” (Vaz Serra, 1998, p. 101). Na mesma linha de raciocínio, Alesi, Rappo e Pepi (2012) consideram que autoconceito é o julgamento do nosso valor pessoal e o componente avaliativo do *self*, resultante do processo de comparação entre o *self* real e o *self* ideal. Diferentes estudos da área (Shavelson, Hubner

& Stanton 1976; Peixoto 2004, Saldanha, Oliveira & Azevedo, 2011) defendem que, embora os resultados sustentem que a dislexia influencia o autoconceito, essa influência é mais evidente numa das suas facetas: o autoconceito académico. Nesta linha, os dados da investigação suportam o pressuposto da existência de uma relação entre a dislexia, um baixo autoconceito e as dificuldades emocionais e comportamentais e apontam para que, se a aprendizagem for adequadamente estruturada, o seu impacto no desempenho académico e no desenvolvimento do autoconceito possa ser positivo (Ridsdale, 2004).

Por outro lado, a ansiedade é definida como um estado de humor desconfortável, uma apreensão negativa em relação ao futuro, uma inquietação interna desagradável podendo incluir manifestações fisiológicas tais como dispneia, taquicardia, vasoconstricção ou dilatação, tensão muscular, parestesias, tremores, sudorese, tontura, etc. (Dalgarrondo, 2000). Do ponto de vista psíquico a ansiedade é definida como uma sensação inespecífica e vaga sobre a existência de algum tipo de ameaça ao bem-estar pessoal. A antecipação de que algo de negativo virá a acontecer, pode estar associada a situações do quotidiano como a véspera de um teste, uma entrevista de emprego, a mudança de casa, uma viagem, por exemplo. No entanto, esta sensação pode ocorrer sem nenhuma causa objetiva aparente (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

Com efeito, a ansiedade e o medo tornam-se patológicos quando são exagerados ou desproporcionais relativamente ao estímulo que aparentemente a provoca, sendo qualitativamente diferente do que está convencionado como normativo em determinada faixa etária e quando interfere com a qualidade de vida, com o conforto emocional e/ou com o desempenho das atividades da vida diária do indivíduo. Estas reações exageradas ao estímulo ansiogénico desenvolvem-se essencialmente em indivíduos com uma predisposição neurobiológica. É fundamental que seja efetuada uma distinção entre ansiedade e ansiedade patológica e essa distinção passa também pela avaliação da ação temporal e dos limites da reação ansiosa. De facto, importa perceber se a mesma é de curta duração, autolimitada e se está relacionada com o estímulo do momento (Manfro & Asbahr, 2002).

Neste sentido, é do interesse da Psicologia Clínica e da Saúde estudar a forma como os participantes lidam com a PAE-DL já que a sua prevalência atinge cerca de 4% da população adulta. Tendo em conta que há poucos estudos sobre o impacto desta perturbação no adulto, a presente investigação tem como principal objetivo a compreensão do modo como a dislexia afeta o autoconceito e os níveis de ansiedade fóbica dos participantes diagnosticados com dislexia. Assim, este estudo tem subjacente a análise de uma base de dados proveniente de um conjunto de provas, previamente disseminadas na internet a participantes com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos.

Capítulo I - Estado da Arte

1. Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice de Leitura (PAE-DL)

1.1. Da Dislexia à PAE-DL

Se atendermos à sua origem epistemológica, o termo dislexia deriva do grego, significando “dificuldade com palavras”, (dys = dificuldade) e (lexis = palavras), mas uma revisão da literatura remete-nos para uma grande diversidade de definições e classificações deste termo que foi utilizado pela primeira vez por Berlin, (1887). Posteriormente, outros autores utilizaram-no com o sentido de incapacidade de leitura em indivíduos que, quando avaliados cognitivamente, não apresentavam qualquer problema. Assim, à época, os investigadores atribuíram esta dificuldade a uma deficiência cerebral congénita que interferia com a memória visual de palavras e letras. Desta forma, foram os oftalmologistas da época os profissionais que primeiro avançaram para a investigação mais profunda e exaustiva da dislexia ou “cegueira verbal”, tal como então a designaram.

Nesta senda, Hallgérió (1950) publica o primeiro estudo clínico sobre esta perturbação, substituindo o termo “cegueira verbal” por “dislexia específica”. Mais tarde, Critchley (1970) define dislexia como uma perturbação da aprendizagem da leitura que surge apesar de não se verificarem problemas sensoriais e/ou neurológicos, ou de inteligência e de os seus portadores serem indivíduos instruídos e tendo tido igualdade de oportunidades do ponto de vista sociocultural. Esta definição é partilhada por autores como Alvarez (2016) e Bradley e Bryant (1983) que referem a dislexia como uma deficiência neurológica em que os indivíduos não são capazes de traduzir em pensamento a linguagem escrita ou falada. Também Estill (2008) refere-se à dislexia como uma dificuldade na linguagem especialmente ao nível do processamento das letras: (1) reconhecimento; (2) reprodução; (3) associação; (4) ordenação de sons e formas. Estas dificuldades tornariam, assim, impossível um processamento linguístico correto. Ainda a este propósito, Zorzi (2006) sublinha que a dislexia é uma dificuldade de aprendizagem, mais concretamente da leitura, da escrita e da soletração que, por essa via, conduz a dificuldades na escrita e na decodificação da leitura. Segundo o autor, embora permanentes, estas características não são impeditivas de aprendizagem da leitura e da escrita. Em relação à anatomia neurológica, Galaburda e Kemper (1979) postulam a existência de deficiências na migração celular que afetam a região perisilviana (hemisfério esquerdo) entre a 16^a e 24^a semana de gestação e diferenças anatómicas entre os cérebros feminino e masculino no que respeita a: (1) simetria do plano temporal; (2) anomalias de desenvolvimento do córtex cerebral

e do corpo geniculado lateral e medial; (3) ectopias; e (4) microgiria (região pré-frontal inferior, região subcentral, região parietal, giro angular e supramarginal, giro temporal posterior e superior e região têmporo-occipital) podendo tais diferenças serem indicadores de dislexia.

Numa perspectiva geneticista, Vogler et al., (1995) e Nopola-Hemmi, (2002) afirmam haver relação entre hereditariedade e a dislexia, afirmando que crianças filhas de pais com problemas de leitura têm mais propensão para desenvolver o mesmo problema, sendo que a maior evidência deste achado seriam os genes no braço curto dos cromossomas 2, 6 e 15. Segundo Pennington, (2012) as causas da dislexia são mais exaustivas, considerando que a dislexia surge de causas neurobiológicas, genéticas e até ambientais referindo que a dislexia é familiar (35% a 40% de familiares de 1º grau têm dislexia), hereditária (cerca de 50%) e heterogénea na transmissão (tem forma poligénica e gene predominante). Por último, referir que autores como Bradley e Bryant, (1983) e Olson et al., (1989) insurgem-se com a hipótese do défice fonológico como causa da dislexia, uma vez que as crianças com este diagnóstico apresentam também outras dificuldades, tais como a conversão grafema-fonema quando se lhes pede alguma atividade fonológica. Ainda no que diz respeito à etiologia e incidência, a dislexia do desenvolvimento tem sido descrita como sendo de natureza genético-neurológica. A dislexia é mais do que um problema na leitura e na escrita, pois esta perturbação interfere também nas relações espaciais, direções, administração do tempo e memória (Frank, 2003).

A nomenclatura da PAE-DL - Perturbação da Aprendizagem Específica com Déficit de Leitura, tal como é apresentada no Manual de Diagnóstico e Estatística da Perturbações Mentais (DSM) da APA, foi sendo modificada. Na 1ª Edição do DSM o termo utilizado era “Perturbação da Aprendizagem” estando o mesmo enquadrado nas “Perturbações da Personalidade” (APA, 1952; Blashfield, Keeley, Flanagan, & Miles, 2014). Já na última Edição do DSM, a PAE-DL vem englobada na categoria “Perturbações do Neurodesenvolvimento” e subcategorizada em “Perturbação da Aprendizagem Específica” (APA, 2014; Mousinho & Navas, 2016; Snowling & Hulme, 2012). A tabela 1 permite observar de forma sucinta as diferentes definições existentes acerca da PAE-DL bem como, perceber as semelhanças e diferenças entre elas.

Tabela 1 - Diferentes Definições da PAE-DL.

American Psychiatric Association, (2004)	A PAE-DL caracteriza-se como uma perturbação no Neurodesenvolvimento, com origem biológica sendo esta a base nas dificuldades cognitivas, associando assim as dificuldades comportamentais e educacionais.
Cortiella e Horowitz (2014)	As dificuldades da PAE-DL variam de pessoa para pessoa, apesar disso, existem características comuns: dificuldades no desenvolvimento do processo e compreensão da leitura, dificuldades na concordância da rima, compreensão de vocabulário, dificuldade na consciência fonológica e processamento da leitura
Lyon, Shaywitz & Shaywitz (2003)	PAE-DL é a incapacidade específica de aprendizagem com origem neurobiológica. Assim a PAE-DL tem como principais características: dificuldade na correção e fluência na leitura de palavras; baixa habilidade de leitura e do desenvolvimento do processo ortográfico. Estas dificuldades derivam de défice fonológico.
Luca (2009)	A palavra dislexia vem do grego <i>dys</i> , que significa dificuldade e <i>lexia</i> que significa processo contínuo de leitura. Assim, este termo diz respeito a pessoas com dificuldades na leitura o no desenvolvimento da linguagem.
Massi & Santana (2011)	PAE-DL caracteriza-se por ser um transtorno cerebral, genético e patológico, logo, é comum surgirem manifestações multifatoriais pois a perturbação aparece numa variedade de sintomas presentes nos primeiros anos de vida em ambiente escolar.
Nogueira e Beserra (2017)	A PAE-DL está associada a sintomas que identificam uma disfunção cognitiva da leitura e da escrita. Estes autores preconizam que há uma base hereditária ou adquirida ao longo da vida que levam a dificuldades no desenvolvimento da aprendizagem da leitura podendo também haver comorbilidades mais ou menos graves.

1.2. Tipos de PAE-DL

A definição de Perturbação Específica da Aprendizagem da Leitura e Dislexia são termos sinónimos na literatura, embora os principais manuais de diagnóstico, DSM 5 e CID-10 apontem diferenças na sua distinção. Assim, o DSM 5 caracteriza a perturbação específica de aprendizagem com défice da leitura como dificuldade persistente para aprender competências académicas escolares com início em idade escolar. Nestas competências incluem-se a leitura exata e fluente de palavras, bem como a compreensão do seu significado, sendo as dificuldades nestas áreas diagnosticadas através de testes padronizados e devem interferir com elevado grau de importância no desempenho académico, profissional ou em atividades da vida diária em que são necessárias competências de leitura. Estas falhas podem vir a manifestar-se apenas quando a exigência da competência académica é de tal modo deficitária que excede a capacidade limitada do indivíduo. Por último, o impacto na aprendizagem não é melhor explicado pela

existência de défices sensoriais, intelectuais, transtornos mentais ou neurológicos, fatores sociais, ambientais ou fatores escolares.

No que se refere ao CID-10, este define tal perturbação como uma falha significativa nas competências de leitura que não é atribuída unicamente à idade mental, transtornos de acuidade visual ou baixa escolaridade, sendo que a compreensão da leitura, o reconhecimento de palavras, a leitura oral e todas as tarefas que exijam leitura podem estar globalmente prejudicados. Segundo este manual, o transtorno específico da leitura inclui dificuldades em soletrar e tais sintomas perduram pela vida adulta, sendo também frequente que os indivíduos que apresentam este quadro tenham antecedentes de transtorno da fala ou da linguagem que podem contribuir para perturbações emocionais e comportamentais durante a idade escolar e permanecer ao longo do ciclo vital.

Há dois tipos de PAE-DL: (1) adquirida por lesão cerebral, que se deteta num leitor desenvolto em que este perde a competência para decifrar o significado das palavras escritas; e (2) a do desenvolvimento, que existe desde a idade escolar e persiste ao longo de todo o ciclo vital. As investigações existentes sobre dislexia do desenvolvimento concentram-se nas características da idade escolar pelo que pouco se sabe como evolui e que implicações acarreta para a vida social, emocional e profissional dos indivíduos adultos. As diferenças entre a dislexia adquirida e dislexia do desenvolvimento pautam-se por diferenças nas suas causas, sendo que a dislexia adquirida pode ser provocada por acidente que afetou uma determinada área cerebral, originando dificuldades na leitura e a dislexia do desenvolvimento tem uma causa específica identificada tendo, portanto, causas desconhecidas (Abreu, 2012).

1.2.1. Dislexia Adquirida

Este tipo de dislexia pode ocorrer tanto na aprendizagem da leitura, como na da escrita. Apesar de as mesmas estarem já consolidadas, podem perder-se caso haja lesão cerebral traumática, pelo que um bom leitor pode adquirir esta perturbação se sofrer uma lesão cerebral (Coelho, 2013; Sternberg & Stenberg, 2012; Schimer, Fontura, & Nunes, 2004). Na revisão da literatura, estudos já realizados, revelam sinais diretos e indiretos que confirmam que esta perturbação pode ser causada por lesão cerebral, sendo que, destaca-se como sinais diretos as lesões físicas e hemorragias (e.g., lesão isquémica) comprovados por cirurgia, autópsia, e como sinais indiretos os padrões irregulares do eletroencefalograma, reflexos anormais, coordenação olho-mão e lateralidade fracas (Nogueira & Beserra, 2017).

1.2.2. Dislexia do Desenvolvimento

As características apresentadas pelos adultos com esta perturbação são idênticas às das crianças com o mesmo problema, pelo que confirma-se a ideia de que a perturbação mantém-se ao longo do ciclo vital (Reynolds & Caravolas, 2016). Sabe-se que a dislexia do desenvolvimento pode ser ultrapassada com terapêutica adequada, mas não se conhece

qualquer intervenção que possa alterar as suas causas, pelo que a condição persistirá até à idade adulta (Fonseca 2009; Nogueira & Beserra, 2017). A designação de dislexia do desenvolvimento refere-se à ideia de que o indivíduo já nasceu com a perturbação, ou seja, são os fatores genéticos existentes os causadores de tal perturbação, sendo que, de entre eles, podemos referir: défices cognitivos, fatores neurológicos; prematuridade e baixo peso à nascença (Nogueira & Beserra, 2017; Álvares, 2016). Na tabela 2 apresentam-se os subtipos de dislexia.

Tabela 2 - Tipos e subtipos de dislexia

Dislexia Adquirida	<p>Fonológica: Dificuldade no uso do procedimento subléxico por lesão cerebral.</p> <p>Superficial: Dificuldade no uso do procedimento léxico por lesão cerebral.</p> <p>Profunda: Dificuldades no uso de ambos os procedimentos</p>
Dislexia Desenvolvimento	<p>Fonológica: Dificuldade na aquisição do procedimento subléxico por problemas fonológicos, percetivo-visuais e neurobiológicos.</p> <p>Superficial: Dificuldade na aquisição do procedimento léxico por problemas fonológicos, percetivo-visuais e neurobiológicos.</p> <p>Mista: Dificuldade na aquisição de ambos os procedimentos por problemas fonológicos, percetivo visuais e neurobiológicos.</p>

Adaptado de Citoler (1996)

As características dos subtipos fonológicos, superficial e misto da dislexia do desenvolvimento assemelham-se às características dos subtipos da dislexia adquirida.

1.3. Teorias explicativas da PAE-DL

Para perceber pormenorizadamente o funcionamento de indivíduos com PAE-DL é necessário entender o processo cognitivo da leitura normativa. No âmbito da neuropsicologia um dos objetivos é estudar as perturbações cognitivas que resultam de interferências na estrutura e funcionamento do cérebro, pelo que utiliza modelos cognitivos explicativos do processo normativo da leitura, investigando deste modo os padrões da leitura em indivíduos com PAE-DL (Kajihara, 2008). A revisão da literatura refere que há disfunções no processamento

da linguagem e no sistema visual que são explicativas de factos como: pessoas inteligentes terem dificuldades em aprender a ler (Shaywitz, 1996); dificuldades funcionais nos sistemas neuronais na leitura em sujeitos adultos com PAE-DL (Shaywitz et al., 2002); e o carácter longitudinal da PAE-DL (Shaywitz & Shaywitz, 2005; Shaywitz et al., 1999). Os problemas no processamento fonológico e na identificação de palavras representam o principal problema na aprendizagem da leitura. Com efeito, diversos processos podem ser prejudicados pela dislexia: consciência fonológica, leitura fonológica, codificação fonológica e acessos lexical (Sternberg, 2008).

1.3.1. Teoria do défice fonológico

A teoria do défice fonológico faz referência ao défice apresentado por indivíduos disléxicos no que concerne à representação, armazenamento e evocação dos sons das letras, bem como à pouca habilidade em manipular esses sons, o que é essencial para estabelecer automaticamente a relação entre fala e escrita. Esta relação prende-se com as competências de codificação e descodificação fonológica que está subentendida nas competências de codificação e descodificação fonológica (Landerl & Willburger, 2010; Ramus et al., 2003). Estudos como o de Peterson e Pennington (2012), por exemplo, referem que o défice fonológico deriva de representações fonológicas deficientes, ou seja, se os sons da fala não são bem representados, armazenados e evocados, a relação entre fala e escrita fica prejudicada. Esta teoria foi suportada por outros estudos que evidenciaram desempenhos inferiores em sujeitos disléxicos, no que se refere às tarefas de consciência fonológica e manipulação de sons.

Esta teoria é suportada por outros estudos, como o de Tallal, (1993) que evidencia o desempenho inferior de indivíduos disléxicos nas tarefas de consciência fonológica e manipulação dos sons. O autor sugere que a teoria do défice fonológico é secundária relativamente a um défice auditivo primário, o que significa que a performance dos sujeitos disléxicos era deficitária na perceção dos sons curtos e de variação rápida e também na discriminação de frequências e de sequências temporais. As críticas a esta teoria são sobretudo a desvalorização sobre os défices não linguísticos em sujeitos disléxicos e ainda a não relevância dos fatores de risco linguístico e não linguístico: défice percetual auditivo que influencia nos problemas de leitura.

1.3.2. Teoria do défice de automatização

A teoria do défice de automatização refere que a PAE-DL tem como característica um défice generalizado na capacidade de automatização. Os indivíduos com PAE-DL têm dificuldades em automatizar a descodificação das palavras e em ler de forma fluente, correta e compreensiva. A fluidez na leitura pode ser detetada pelo *Rapid Automated Naming Speed* (RAN) que mede a automatização com que os estímulos podem ser nomeados, demonstrando que os leitores com PAE-DL têm o acesso à automatização da informação diminuído, razão pela

qual apresentam RAN mais demorado. Esta teoria propõe a realização de várias tarefas para automatizar a descodificação das palavras: treino da correspondência grafo-fonémica, da fusão fonémica, da fusão silábica, leitura repetida de colunas de palavras, de frases, de textos e leitura de palavras apresentadas durante breves instantes (Teles, 2004).

1.3.3. Teoria magnocelular

A teoria magnocelular refere que a PAE-DL é um défice específico na transferência das informações sensoriais dos olhos para as áreas primárias do córtex cerebral, o que dificulta o processamento das letras e das palavras, pois há uma fixação binocular instável, além de problemas de aglomeração e convergência no globo ocular (Saraiva, Rêgo, Nunes, & Ferreira, 2012; Fisher, Chekaluk, & Irwin, 2015; Teles, 2004). Assim, os indivíduos com PAE-DL apresentam baixa sensibilidade face a estímulos com pouco contraste, com baixas frequências espaciais ou altas-frequências temporais (Teles, 2004). Esta teoria não identifica, nem faz quaisquer referências, a défices de convergência binocular. O processo de descodificação poderia ser facilitado se o contraste entre as letras e a folha de papel fosse reduzido utilizando uma transparência azul, ou cinzenta, por cima da página. Quando o sistema magnocelular não funciona normativamente, os indivíduos apresentam dificuldades na perceção visual que provocam movimentos oculares imprecisos e deficiências na identificação e processamento de letras que, poderá criar a ilusão de que as letras estão em movimento dificultando a sua focagem, codificação e leitura (Zilk et al., 2015). Estes investigadores afirmam ainda que indivíduos com PAE-DL têm 30% menos neurónios magnocelulares comparativamente ao grupo de controlo da sua pesquisa, o que permite compreender o porquê das dificuldades no processamento de letras.

1.3.4. Teoria do défice auditivo

Esta teoria enfatiza o défice auditivo como a principal característica das alterações do desenvolvimento do défice fonológico o que implica a não aprendizagem da leitura e da escrita. Esta teoria refere também que o défice fonológico é secundário comparativamente a um défice auditivo mais elementar (Tallal et al., 1993). Sendo o estímulo da fala um sinal acústico, qualquer alteração no processamento auditivo, leva a que haja uma fraca compreensão dos elementos curtos, como consoantes, que têm como característica as rápidas transições de formantes - picos de energia numa região do espectro sonoro (Banai & Kraus, 2007; Ramus et al., 2003) e, conseqüentemente, estas alterações têm impacto negativo nas representações mentais da fala. Para Liberman e Shankweiler (1985), Peterson e Pennington (2012) e Ramus et al. (2003), existem também deficiências no sistema linguístico mais especificamente nas competências de compreensão fonológica. Pelo facto de serem necessários conhecimentos fonológicos (saber representar fonemas, boa capacidade para refletir sobre esses elementos e saber que os sons podem ser representados por grafemas) torna-se difícil aprender a ler e escrever.

Para aprender a ler é necessário ter capacidade para associar um fonema a um componente gráfico. Se há dificuldades para a integração do componente auditivo fonémico, estas dever-se-ão provavelmente a uma estimulação sonora fraca que poderá estar associada à incapacidade de processamento de estímulos. Assim, assume-se que o problema no disléxico pode não derivar da compreensão fonológica, mas sim de um défice secundário a uma alteração da perceção auditiva (Saraiva et al., 2012 citado por Castanho, 2017).

Esta teoria postula ainda que a dificuldade de discriminação e compreensão dos sons pode levar a dificuldades na construção e representações mentais fundamentais para associar as letras aos sons (Banai & Kraus, 2007; Birch & Belmont, 1964). Como limites a esta teoria, alguns autores referem que nem todos os disléxicos têm alterações no processamento temporal. De referir também que a investigação feita sobre alteração no processamento temporal auditivo de disléxicas postula a existência de vários subtipos de dislexia estando um associado à alteração do processamento temporal auditivo (Peterson & Pennington, 2012; Ramus et al., 2003).

1.3.5. Teoria cerebelar

Esta teoria refere que o cerebelo de indivíduos com PAE-DL tem uma disfunção ligeira da qual decorrem dificuldades cognitivas. De acordo com esta teoria, o cerebelo ocupa lugar primordial no processamento automático de tarefas motoras tais como escrever, ler, etc. Assim, um funcionamento deficiente do cerebelo produz uma baixa capacidade de automatização, originando problemas na aprendizagem de fonema-grafema (Eckert et al, 2003; Pernet, Poline, Demonet, & Rousset, 2009). Esta teoria explica, desta forma, a dificuldade apresentada na escrita de crianças com PAE-DL, pois a escrita é um exercício que necessita de precisão temporal e de coordenação motora. Concluindo, a teoria cerebelar preconiza que as dificuldades apresentadas por indivíduos com PAE-DL têm como características a dificuldade de automatizar as habilidades cognitivas e motoras, e que este padrão é uma disfunção no funcionamento do cerebelo (Fawcett, 1990).

1.4. Bases biológicas da PAE-DL

O processo de leitura utiliza os sistemas sensoriais, motores, neurológico, psicológicos, socioculturais e educacionais, e está ainda relacionado com a atenção e a memória. Para que sejam possíveis, a leitura e a escrita dependem do facto de áreas cerebrais responsáveis pelo desenvolvimento dessas competências terem um funcionamento pleno e integrado. Se existirem falhas numa dessas áreas, é possível o aparecimento de alterações, tanto na leitura como na escrita. Como a linguagem é o conjunto de várias redes neuronais trabalhando em uníssono e interligadas, onde colaboram estruturas corticais, subcorticais em conexão, as deficiências da

linguagem vão depender da área que estiver lesada. Até há pouco tempo pensava-se que a PAE-DL surgia devido a défices no processamento visual afetando unicamente a escrita. Investigações mais recentes vieram acrescentar que as dificuldades na leitura também têm origem nas deficiências das competências fonológicas, memória e desenvolvimento da linguagem. A maioria dos substratos neuronais da linguagem localizam-se no hemisfério esquerdo que engloba a região occipital, temporal posterior, giro angular, giro supramarginal do lobo parietal e giro frontal inferior. Estas áreas ativam-se segundo diversas situações durante a leitura.

A visualização da palavra que irá ser lida acontece na área visual primária no lobo occipital esquerdo e direito dando-se seguidamente o processamento linguístico e a associação grafema-fonema que fragmenta as unidades que a compõem levando à ativação da porção posterior do giro temporal superior, giro angular e giro supramarginal. Ocorre então a interpretação da palavra com a ativação do giro lingual e fusiforme bem como de algumas partes do temporal médio. Neste processo, a área de Wernicke que se situa no córtex das bordas superiores do sulco temporal superior, é responsável na compreensão e interpretação simbólica da linguagem e da integração do estímulo visual com o estímulo auditivo levando à consciência do indivíduo sobre aquilo que vê e ouve (Capovilla, 2002). Outra área fundamental é a área de Broca que se situa no giro frontal inferior e que é responsável no processo de descodificação fonológica, bem como, na organização da resposta motora que articula a fala após receber o estímulo processado pela área de Wernicke (Capovilla, 2002).

Os caminhos neurais da leitura são três: (1) parietotemporal, que analisa as palavras; (2) frontal e occipitotemporal, responsável pela forma das palavras; e (3) área de Broca, responsável pela articulação e análise das palavras e que está interligada ao circuito têmporo parietal. O parietotemporal e frontal designam-se de “caminhos lentos” e são sobretudo utilizados por leitores iniciantes, enquanto o occipitotemporal é designado por “caminho rápido” e é utilizado por leitores experientes. O leitor ativa estes caminhos consoante a sua necessidade e, os sujeitos com PAE-DL apresentam falha neste circuito, ou seja, ao contrário dos leitores normativos que ativam as partes anterior e posterior do cérebro, os disléxicos apresentam uma subativação dos caminhos neurais da parte posterior e uma superativação da parte anterior o que ocasiona dificuldades fonológicas (Shaywitz et al, (1999) cit in Teles (2004)). Desta forma, para os autores, a subativação da parte posterior conduz à incapacidade de transformar as letras em som e à dificuldade no reconhecimento rápido e automático das palavras. Desta forma, os indivíduos com PAE-DL tendem a compensar recorrendo à ativação de caminhos alternativos recorrendo aos sistemas auxiliares na região frontal e lado direito da área de Broca, apresentando, assim, uma leitura precisa, mas lenta.

1.5. Comorbilidades na PAE-DL

A base cognitiva da PAE-DL assenta no défice fonológico. No entanto, é frequente existirem comorbilidades com outras perturbações como, por exemplo, perturbação da atenção com hiperatividade (ADHD), perturbação específica da linguagem (PEL), discalculia, perturbação da coordenação motora, perturbação do comportamento, perturbação do humor, perturbação de oposição e baixa autoestima. De entre estas, a ADHD é a que mais frequentemente aparece associada à PAE-DL havendo estudos que indicam a ocorrência de associação entre dificuldades de leitura, perturbações da conduta e perturbações da personalidade antissocial (Sundheim & Voeller, 2004; Konigsberg & Andreassen, 2008, citados em Carreteiro, 2009).

A depressão aparece também como comorbilidades da PAE-DL em 33% dos adolescentes, (Sundheim & Voeller, 2004, citados em Carreteiro, 2009). Com efeito, os autores referem que o humor depressivo era elevado em participantes com fracas competências de leitura (23%) comparativamente a indivíduos que não apresentavam dificuldades (9,6%). Também os mesmos autores indicam que crianças com PAE-DL apresentam valores mais elevados no estado de ansiedade, sendo tal condição mais notória nas raparigas. As queixas somáticas estão também aumentadas e é comum as crianças referirem dores de estômago, entre outras queixas, que lhes permitem afastarem-se da escola (Sundheim & Voeller, 2004, citados em Carreteiro, 2009).

1.6. Prevalência

A PAE-DL é de todas as perturbações a que maior prevalência apresenta (cerca de 80%). Assim, é estatisticamente mais provável que uma criança tenha esta perturbação do que outro qualquer problema físico. Nos Estados Unidos da América a estimativa é de uma criança em cada cinco ser portadora de dificuldades de leitura (Mather & Wendling, 2012; Shaywitz, 2008). O DSM-5 (APA, 2014) refere que “a prevalência da PAE nos vários domínios académicos de leitura, escrita e matemática é de 5%-15%, entre crianças em idade escolar nas diferentes línguas e culturas” (p. 83). Shaywitz (2008) refere que houve uma altura em que se pensava que a PAE-DL só afetava indivíduos que falavam inglês ou alemão, mas verificou-se rapidamente que esta ideia era incorreta, pois as línguas logográficas (um carater representa uma palavra) como o mandarim e japonês apresentavam os mesmos riscos, pelo que é possível afirmar que cada sistema de escrita apresenta as suas dificuldades (Morais, 1997; Peterson & Pennington, 2012; Shaywitz, 2008). Com efeito, trata-se de um problema transversal a diversas culturas, pelo que pode afirmar-se que “a dislexia não conhece fronteiras, sejam elas geográficas, étnicas ou intelectuais” (Shaywitz, 2008, p. 42). As revisões da literatura referem que as dificuldades na leitura têm uma prevalência maior em rapazes, o que para Shaywitz (2008) está relacionado com a forma de ser e estar dos dois géneros, uma vez que tendencialmente as

raparigas são mais calmas e sossegadas passando despercebidas, o que conduz a dificuldades de diagnóstico. Estes dados estão presentes também no DSM-V (APA, 2014) que apresenta a PAE-DL como uma perturbação mais comum no sexo masculino numa variação entre 2:1 a 3:1.

Em Portugal, uma investigação de 2008 da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, avaliou 1460 crianças do ensino básico, onde rastreou a leitura, consciência fonológica e capacidades cognitivas (Vale, Sucena & Viana, 2011) tendo verificado que 5,4% das crianças com diagnóstico tinham dificuldades na leitura e na escrita, bem como apresentavam dificuldades de processamento de palavras e exibiam défices de memória verbal a curto prazo. De acordo com Vale et al. (2011, p. 54), “5,44% a 8,6% das crianças portuguesas a frequentar os 2.º, 3.º e 4.º anos de escolaridade têm dislexia”, sendo que os resultados mostram, ainda, que “28% das 1460 crianças avaliadas manifestam dificuldades de leitura”. Estas investigadoras referem ainda que “o número de rapazes com défices em leitura ultrapassa significância estatística” (Vale et al. 2011, p. 55). A autora refere que é importante ter conhecimento sobre as crianças portuguesas com PAE-DL para poder afirmar com segurança que a percentagem em Portugal é cerca de 5,4%, o que não é distante de outras realidades que existem em países com características semelhantes a Portugal. Refere ainda que numa turma com 20 alunos há pelo menos um disléxico.

1.7. Dislexia de desenvolvimento em adultos

As características da dislexia nas crianças e nos adultos não apresentam diferenças significativas. A este propósito, Shaywitz, (2008) refere que uma fonologia deficiente é uma das características principais da dislexia que, nas crianças, afeta primeiramente a precisão e nos adultos a velocidade na leitura. Assim, nos adultos a leitura faz-se com maior lentidão e esforço, o que afeta a fluência verbal. Tal afirmação é corroborada por estudos com imagens cerebrais que indicam que os adultos não utilizam um circuito neural de leitura automática, indispensável à leitura fluente, e dependem mais de circuitos neuronais secundários que ocasionam uma leitura precisa, mas mais lenta. Também Tannock, (2005) aponta várias características próprias de alunos disléxicos do ensino médio e superior: (1) leitura lenta e com esforço tanto de palavras isoladas como de textos; (2) dificuldades na pronúncia de polissílabos; (3) falhas significativas na escrita; (4) releitura; (5) dificuldades em inferir a partir de textos escritos; e (6) evitamento de atividades de leitura.

Os jovens adultos com problemas na precisão da leitura e na sua fluência verbal desenvolvem mecanismos de compensação para compreenderem o texto escrito, como por exemplo estratégias analíticas que ajudam a identificar as palavras. Bruck, (1990) iniciou uma investigação onde pretendia avaliar a consciência fonológica de crianças disléxicas, adultos com diagnóstico feito em criança e bons leitores. Concluiu que os disléxicos, em comparação com os bons leitores da mesma idade, não tinham níveis de consciência fonológica adequada apesar de terem um desempenho razoável na discriminação de sílabas e rima.

1.8. Estudos com adultos disléxicos

Regra geral, as investigações sobre dislexia são realizadas em idade escolar, o que é compreensível pois consegue-se detetar precocemente qualquer manifestação desta perturbação no início da aprendizagem da escrita e da leitura. Este diagnóstico precoce permite uma ajuda mais eficaz para esclarecer a origem da dislexia. Como referido anteriormente, a dislexia tem origem neurológica, pelo que não é transitória, ou seja, um sujeito diagnosticado com esta perturbação em criança, permanecerá disléxico em todo o seu ciclo vital. Há já algumas investigações que relatam as dificuldades na leitura e escrita em adultos. Uma revisão da literatura sobre o perfil de disléxicos adultos trouxe ao conhecimento a existência de pelo menos vinte e quatro estudos como pode verificar-se na tabela 3. Nesta revisão da literatura destacam-se sobretudo investigações em ortografia inglesa (50%), seguida de holandesa (21%).

Tabela 3 - Estudos realizados com disléxicos adultos.

Artigo	Ortografia
Beidas, Khateb & Breznitz (2013)	Hebreu
Bekebrede et al. (2010)	Holandês
Callens, Tops & Brysbaert (2012)	Holandês
Deacon (2012)	Inglês
Kemp, Parrila & Kirby (2009)	Inglês
Kwok & Ellis (2014)	Inglês
Law et al. (2014)	Inglês
Lefly (1991)	Inglês
Leinonen et al. (2001)	Finlandês
Martin et al. (2010)	Francês
Miller-Shaul (2005)	Hebreu
Nergard-Nilssen & Hulme (2014)	Norueguês
Paulesu et al. (2001)	Francês
Paulesu et al. (2001)	Italiano
Paulesu et al. (2001)	Inglês
Ramus et al. (2003)	Inglês
Ransby Swanson (2003)	Inglês
Shawwitz et al. (2003)	Inglês
Tops et al. (2012)	Holandês
Van Bergen et al. (2012)	Holandês
Van Bergen et al. (2012a)	Holandês
Vukovic, Wilson & Nash (2004)	Inglês
Warmington et al. (2012)	Inglês
Yael, Tami & Tali (2014)	Hebreu
Yael, Tami & Tali (2014)	Inglês

Analisando estes estudos sobre as habilidades ortográficas dos adultos disléxicos em diferentes línguas, verifica-se que os adultos com dificuldades de leitura manifestam os mesmos sintomas das crianças disléxicas. De facto, manifestam dificuldade na escrita, no reconhecimento de palavras, na fluência de leitura, na descodificação, na nomeação automática, memória fonológica e consciência fonológica. Outros estudos revelam que adultos que em criança tinham sido diagnosticados com dislexia obtêm bom desempenho em testes de

compreensão (Bruck, 1990; Scarborough, 1983). No mesmo sentido vão os resultados apresentados por Lefly e Pennington, (2012) referindo que 25% destes adultos não apresentam problemas na compreensão da leitura, o que é sugestivo de que conseguem ultrapassar as dificuldades subjetivas no reconhecimento das palavras.

2. Ansiedade Fóbica e Autoconceito em Adultos com e sem PAE-DL

2.1. Conceito de ansiedade fóbica

A ansiedade caracteriza-se por ser um sentimento vago de medo e apreensão, tensão e/ou desconforto que surge pela antecipação de perigo em situações desconhecidas ou estranhas (Allen, Leonard & Swedo, 1995; Batista & Oliveira, 2005). A ansiedade e o medo tornam-se patológicos quando exacerbados, desproporcionais, e comprometem a qualidade de vida, tanto no aspeto emocional como no desempenho das atividades diárias de um indivíduo e são qualitativamente diversificados quando comparados com o considerado normativo para determinada faixa etária (Allen 1995). Estas reações exageradas a estímulos são mais frequentes em sujeitos predispostos neurobiologicamente. Pode diferenciar-se ansiedade normal de ansiedade patológica avaliando se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada com o estímulo atual ou não, (Hirshfeld 1999; Rosen, 1998).

As perturbações ansiosas apresentam sintomas primários, ou seja, não derivam de outros quadros clínicos como depressão, psicose, transtorno hipercinético, etc. Segundo Grazziano e Bianchi (2004), a ansiedade primária é um fenómeno adaptativo necessário para enfrentar situações do quotidiano, sendo que a intensidade e duração variam de indivíduo para indivíduo de acordo com as diferentes situações. Segundo Assumpção (2009) esta função adaptativa está ligada a mecanismos de sobrevivência, mecanismos de defesa territorial, seleção de companheiro e mecanismos de ataque-defesa. De acordo com Vorkapic e Rangé (2011) as perturbações de ansiedade têm vindo a aumentar na população adulta e, de entre as perturbações psiquiátricas, as de ansiedade são os mais frequentes com prevalências de cerca de 12,5% ao longo da vida. Os sintomas ansiosos são os mais comuns e podem ser encontrados em qualquer pessoa e em diferentes períodos de vida.

A ansiedade é um estado emocional complexo e aversivo condicionado como o resultado do emparelhamento de estímulos (Skinner, 2000, cit in Arruda, 2006). Um único evento aversivo pode levar a uma condição de ansiedade e a ficar sob o controle de estímulos incidentais, uma vez que quando um indivíduo enfrenta uma situação desagradável, provocando um nível elevado de ansiedade, pode, em situações parecidas, associar o sentimento de ansiedade com o evento anteriormente ocorrido e experimentar sintomas somáticos gerados no sistema nervoso autónomo. Com efeito, a ansiedade é o sintoma emocional mais frequente em adultos,

crianças e adolescentes com PAE-DL e os sintomas de ansiedade são significativos comparativamente a grupos sem a perturbação (Sako, 2016; Willcut & Pennington, 2007).

Segundo Castillo, Recondo, Asbahr e Manfro (2000), é necessário entender em que situações o indivíduo apresenta sintomatologia ansiosa, ou seja, se a ansiedade surge quando sujeito a uma avaliação que pode expô-lo perante outros, se a reação ansiogénica é de curta duração ou se apresenta estes sintomas perante outros estímulos no dia-a-dia. Também num estudo recente, Ghisi, Bottesi, Re, Cerea e Mammarella (2016) observaram 28 estudantes do ensino superior e concluíram que os participantes com PAE-DL tinham mais perturbações psicológicas e psicopatológicas, nomeadamente, baixa autoestima, depressão e ansiedade, quando comparados com o grupo de controlo. De acordo com o DSM-5, alguns dos tipos de transtornos ansiosos são: transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, fobias específicas, transtorno de *stress* pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo. Este manual refere ainda que o diagnóstico é feito apenas quando os sintomas não são consequências de efeitos fisiológicos do uso de substâncias/medicamento ou de outra condição médica.

A perturbação de pânico relaciona-se com ataques de pânico inesperados, sendo o ataque um surto de medo ou desconforto que se intensifica em poucos minutos ocorrendo sintomas como palpitação, taquicardia, sudorese, coração acelerado, entre outros (Batista & Oliveira, 2005; Dagalarrondo, 2008).

Já a agorafobia refere-se ao medo de lugares abertos, medo de sair de casa ou situações onde o socorro não é possível, sendo que os sujeitos com esta perturbação evitam eventos sociais (Levitan, 2008). Na perturbação de ansiedade generalizada aparece um estado de ansiedade persistente caracterizada pela preocupação crónica, excessiva e invasiva que vem acompanhada por sintomas físicos e mentais com prejuízo do funcionamento quotidiano Clark e Beck (2012).

A perturbação de *stress* pós-traumático e a perturbação obsessivo-compulsiva são também referidas no DSM como perturbações de ansiedade. A primeira apresenta como característica o medo da separação de pessoas significativas para o indivíduo após o evento traumático, bem como o esquecimento desses mesmos eventos. Já a perturbação obsessivo-compulsiva tem como característica a presença de obsessões/compulsões, sendo as obsessões eventos mentais intrusivos, tais como imagens, ideias ou impulsos, criados a partir de qualquer substrato da mente e as compulsões, manifestando-se como comportamentos repetitivos realizados para diminuir a ansiedade causada pela obsessão ou para evitar a situação (Rosário-Campos, 2000).

No que diz respeito à fobia, esta tem origem na palavra grega “*phobia*” e deriva da palavra “*phobos*”, nome de um deus grego que significa “pânico, terror”. Este Deus provocava medo intenso nos inimigos por possuir uma face muito feia. No que diz respeito à fobia específica, esta é considerada uma espécie particular de medo e é definida pela presença de medo excessivo e persistente em relação a determinado objeto ou situação que não seja uma situação de exposição pública ou medo de ter um ataque de pânico. Neste contexto e de acordo

com o DSM-5, a fobia específica designada por fobia social é o medo ou a ansiedade que um indivíduo manifesta face a uma ou mais situações que envolvam a sua avaliação por outras pessoas. Estas fobias podem levar ao aparecimento de ansiedade antecipatória e, neste caso, o indivíduo fica ansioso só pelo fato de recordar o alvo gerador de sua fobia, pois “ (...) Em geral, a fobia é diagnosticada se atrapalhar o dia-a-dia da pessoa e ela admitir que esse medo é excessivo. Uma pessoa fóbica evita constantemente o contato com o elemento causador de seu mal-estar”, (Vicelli, 2000, cit in Wauke et al., 2004, p. 1).

Segundo Rangé (2011), a presença do estímulo fóbico causa ansiedade, levando a sintomas físicos que podem ser do sistema nervoso autónomo, muscular, cinestésico e outros: (1) autonómicos: taquicardia (cardiorrespiratório), sudorese quente ou fria, taquipneia, vasoconstrição (extremidades frias, palidez), midríase, piloereção, aumento do peristaltismo (diarreia); (2) musculares: dores, contraturas, tremores, trepidação; (3) cinestésicos: parestesias, calafrios, adormecimentos; e (4) outros: urgência de ir urinar, vazio no estômago, dor e aperto no peito. O mesmo autor refere ainda que alguns sintomas psíquicos também são características de pessoas com fobia, como por exemplo: tensão, nervosismo, apreensão, insegurança, dificuldade de concentração, sensação de estranheza, sensação de morte iminente.

A este propósito, Silva (2012) faz uma classificação por tipo das fobias mais comuns: (1) fobia do tipo animal (p. ex., aranhas, cães, cobras); (2) fobia do tipo ambiente natural (p. ex., altura, tempestade, ruídos altos); (3) fobia do tipo sangue, injeção, tipo de ferimento (p. ex., sangue, dor, procedimentos médicos invasivos); (4) fobia do tipo situacional (p. ex., lugares fechados, lugares abertos, elevadores, aviões); e (5) outros (p. ex., vômitos, engasgar, doenças). O medo e a ansiedade são sempre referidos pelos indivíduos quando entram em contato com o estímulo fóbico. De referir ainda que, para Rangé (2011), as fobias específicas são influenciadas pela nossas crenças, ou seja, se considerarmos uma situação como ameaçadora, teremos reações emocionais de acordo com essa interpretação e não de acordo com o perigo real e apresentam uma prevalência de até 16% em indivíduos com mais de 65 anos. Na tabela 4 apresentam-se algumas características por critério para esta perturbação, de acordo com o DSM-5.

Tabela 4 - Características diagnósticas das fobias específicas segundo o DSM - 5.

CRITÉRIOS	CARACTERÍSTICAS
Critério A	O medo ou a ansiedade está circunscrito à presença de uma situação ou objeto particular, devendo este medo ser intenso ou grave.
Critério B	O medo ou a ansiedade é evocado quase todas as vezes que o indivíduo entra em contato com o estímulo fóbico.
Critério C	O indivíduo evita ativamente a situação.
Critério D	O medo ou ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real apresentado pelo objeto ou situação ou mais intenso do que é considerado necessário.
Critério E	O medo, a ansiedade ou a esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.
Critério F	A fobia específica deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo para que o transtorno seja diagnosticado.

Fonte: Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (2013)

2.2. Autoconceito

O construto autoconceito apresenta alguns problemas metodológicos devido ao fato de muitas teorias que sustentam o seu significado serem vagas e incompletas. Historicamente este conceito surge pela mão de filósofos, teólogos e outros profissionais não relacionados com a psicologia. De acordo com Simões (2001) entre 1900 e 1940 o estudo do autoconceito teve uma expressão quase nula no âmbito da psicologia, apresentando apenas algum destaque na perspectiva do interacionismo simbólico de James Mark Baldwin (1861-1934).

2.2.1. Autoconceito: definição e conceptualização

Existem várias definições de autoconceito na literatura, não existindo uma que se constitua como única e universalmente aceite. Segundo Burns (1986), o autoconceito é a imagem do que se pensa ser, do que se pode ser e conseguir, do que se idealiza ser e do que os outros pensam do próprio. Para Faria e Fontaine (1990) o autoconceito é a percepção que o indivíduo tem de si próprio, ou seja, as atitudes, sentimentos e autoconhecimento do sujeito acerca das suas capacidades, competências, aparência física e aceitação social. Neste contexto, Vaz Serra (1988) apresenta quatro componentes que permitem o desenvolvimento do autoconceito: (1) a forma como os outros percebem o indivíduo, provocando o fenómeno de espelho, caracterizado pela tendência do sujeito para se ver da mesma forma que os outros o veem; (2) a consciência do indivíduo sobre o seu desempenho nas várias situações; (3) a comparação do seu comportamento com o dos pares; e (4) a avaliação de determinado comportamento em função dos valores do grupo a que se pertence. Assim, uma vez formado o autoconceito, este torna-se resistente à mudança e dificilmente pode ser alterado (Lee & Williams, 1979).

Este construto tem sido associado com as dificuldades de aprendizagem (Andrade, 2014), mais propriamente no que diz respeito às dificuldades de leitura associando-se ao autoconceito para a leitura. Também a este propósito, refere Ingesson (2007) que crianças com PAE-DL associam o facto de se ser bom leitor com ser feliz. De facto, há diversos fatores a ter em conta quando relacionamos a PAE-DL com o autoconceito em crianças, como por exemplo, o género, o nível desenvolvimental, desempenho académico e atitude parental (Ridsdale, 2004). Também um estudo de Siulverman e Zigmond (1993 cit. In Simões & Serra, 1987) refere que os alunos com perturbações de aprendizagem apresentam um autoconceito baixo que poderá ser justificado pelas expectativas de pais e professores não correspondidas.

Uma vez que a PAE-DL tem influência no desempenho académico, o indivíduo pode encontrar estratégias adaptativas de forma a não se expor demasiado (Alesi, Rappo & Pepi, 2012). Com efeito, de acordo com a revisão da literatura, a PAE-DL influencia negativamente o autoconceito, bem como o estado emocional e comportamental do indivíduo e o autoconceito tende a ser mais negativo quando as crianças são mais velhas, o que pode ficar a dever-se a insucesso escolar repetido (Simões & Serra, 1987; Ridsdale, 2004; Tabaquim, Dauruiz & Niquerito, 2016). Os participantes com PAE-DL demonstram sentimentos de fracasso pessoal devido ao insucesso escolar. De igual modo, o autoconceito influencia significativamente o comportamento, o desempenho e o ajustamento individual, sendo por isso necessário ter em linha de conta a sua relação com a PAE-DL na disrupção comportamental e no baixo ajustamento individual (Dale, 2001; Dale & Taylor, 2001; Simões & Serra, 1987) (Silva, 2012) (Stevanato, 2003) (Moller, 2009). Muitos sujeitos com perturbação da aprendizagem demonstram frustração face às dificuldades em aprender, atuando de modo disruptivo com sentimentos negativos de autoconceito (Mercer, 1994, cit. in Silva, 2012). Corroborando o até agora descrito, Stevanato, Loureiro, Linhares e Marturano (2003), num estudo com 58 crianças com e sem dificuldades de aprendizagem, concluíram que o autoconceito global é mais baixo nas crianças com dificuldades de aprendizagem quando comparadas com crianças sem estas dificuldades.

Numa outra investigação, Moler, Streblov e Pohlmann (2009) pretendem compreender se há correlações positivas entre o insucesso académico e as consequências negativas no autoconceito. Os resultados revelam que há correlações positivas em algumas disciplinas como o alemão e a matemática, o que pode indicar que o sucesso nestas disciplinas tem influência no autoconceito dos alunos. O autoconceito forma-se através da autoimagem, que se prende com a forma como a pessoa se vê, e a autoestima que é o valor que a pessoa atribui a si mesma (Lee & Williams, 1979). Embora a autoimagem e a autoestima se distingam do autoconceito aparecem como sinónimos, tornando-se assim relevante analisar as suas diferenças em relação ao autoconceito (Esteves, 2011).

2.2.2. Autoconceito e auto-imagem

Para Serra (1988) a autoimagem é o resultado das observações em que o indivíduo é o objeto da sua própria percepção. Cada indivíduo tem um conjunto de autoimagens que são

dimensões com uma determinada organização hierárquica e um valor que lhe é atribuído pelo próprio indivíduo (Marsh & Hattie, 1996). Os autores sugerem também que as autoimagens relacionam-se com a variedade de papéis que cada indivíduo tem num determinado contexto. Segundo Rosenberg (1986), quando um indivíduo se auto-observa formam-se autoimagens, pelo que vai atribuir maior importância às autoimagens estáveis e consistentes que se situam num plano hierárquico superior. Assim, o autoconceito é considerado como integrador e sem ele não haveria a percepção de continuidade (Manjarrez, 2002) (Butler, 2005). A imagem corporal é a primeira parte da autoimagem a ser formada (Argyle's, 1969, cit. por Lee & Williams, 1979).

2.2.3. Autoconceito e autoestima

O autoconceito e a autoestima são dois conceitos interrelacionados, pois ambos indicam como o indivíduo se percebe (Manjarrez & Nava, 2002). Para Butler e Gasson (2005), o autoconceito define-se como a auto-percepção do *self*, a ideia que o próprio indivíduo tem de si de um modo geral. Já a autoestima estará ligada a aspetos avaliativos e valorativos dessa ideia de si próprio. Segundo Coopersmith (1967, cit. in Lee & Williams, 1979) a autoimagem estará relacionada com a avaliação que o indivíduo tem e mantém de si, mostrando aprovação ou desacordo e seria um indicador de sucesso pessoal, ou seja, a autoestima é o julgamento pessoal de se ser competente e é expresso em atitudes que o sujeito tem para consigo. Serra (1988) refere que o autoconceito não se relaciona unicamente com a autoimagem, pois engloba emoções e sentimentos, aproximando-se assim da autoestima e não se confundindo com ela.

O autoconceito engloba o conhecimento que o indivíduo tem sobre si e permite que a personalidade se desenvolva adequadamente. O autoconceito ideal é definido pelo que o indivíduo pensa que quer ser, divergindo assim do autoconceito real, uma vez que este refere-se ao que o indivíduo é na realidade. Assim, quanto maior a diferença entre autoconceito real e ideal, menor é a autoestima (Manjarrez & Nava, 2002). Um autoconceito elevado nas áreas importantes para o indivíduo, origina níveis altos de autoestima e, inversamente, uma fraca percepção de competência nas áreas importantes para o indivíduo conduz a uma baixa autoestima (Peixoto, 2003).

2.2.4. Diferença no autoconceito em função do género e da idade

É na infância que se inicia o desenvolvimento de competências que permitem interrelacionar construtos que estavam previamente compartimentados (Harter, 2006). É também na infância que as autorrepresentações são tipicamente positivas, havendo uma sobrestimação de capacidades por parte das crianças (Harter, 2006). Assim, as crianças investem em atividades em que acham ser competentes e desvalorizam aquelas em que percecionam ter menos competência, mantendo o seu autoconceito positivo (Cole et al., 2001). No entanto, também existem mudanças no decorrer da infância e as autorrepresentações tornam-se mais realistas e menos positivas conforme ocorre o desenvolvimento cognitivo da

criança. As mudanças cognitivas e físicas, bem como as expectativas sociais que surgem na adolescência, contribuem para a existência de uma multiplicidade de *selves* que vão variando consoante o contexto social (Harter, S. (2006)). De facto, é durante a adolescência que ocorrem as rápidas transformações corporais que podem colocar em causa a imagem corporal edificada na infância, podendo surgir um autoconceito diminuído. É também na adolescência que as auto-percepções são mais sensíveis à distorção, o que pode conduzir ao aparecimento de um autoconceito irrealista e levar a comportamentos desajustados (Chobert, 1992; Harter, 1993, cit. in Faria, 2005).

O auto-conceito geral, segundo o modelo de Shavelson, Hubner e Staton (1976), está relacionado com quatro tipos de autoconceito: autoconceito académico, social, emocional e físico (Esteves, 2011) (Harter S. , 2006) (Fontaine, 1991) (Cole, 2001). Vários estudos realizados com crianças e adolescentes, à semelhança do de Cole et al. (2001), mostram que o autoconceito referente ao domínio académico e competência atlética no começo da adolescência diminuem; no entanto, no domínio académico e social, a auto-percepção das competências aumenta pouco tempo da entrada no 3º ciclo. Por outro lado, a competência atlética, comportamento e aparência são domínios em que os níveis de auto-percepção se mantêm constantes, indo assim de encontro ao princípio de que os indivíduos tendem a construir autoconceitos positivos (Harter, 1989, cit. in Cole et al. 2001). No que diz respeito ao género, raparigas e rapazes vivem as mudanças na puberdade de maneira diferente (Harter, 2006), sendo que os rapazes mostram mais satisfação com mudanças marcadamente masculinas, contrariamente às raparigas que ganham um novo *status* sexual (Usmiani & Daniluk, 1997, cit. in Harter, 2006).

No mesmo sentido vão os estudos de Fontaine (1991) que encontrou autoconceitos diferentes em função do género, demonstrando que as raparigas têm uma percepção mais positiva no domínio social do que os rapazes, embora, no domínio físico, aquelas subestimam a aparência e competência física. Já no que se refere ao comportamento, Cole et al. (2001) verificaram que as raparigas se auto-percecionam melhor comportadas do que os rapazes e os rapazes se percecionam mais atrativos e mais competentes no desporto. Ainda neste estudo verifica-se que a adolescência e com a passagem para o 3º ciclo, aparece um aumento do autoconceito, sobretudo aos níveis académico e aceitação social auto-percebida nos rapazes e uma melhoria na auto-percepção da aparência física nas raparigas. Face ao descrito, o estudo do autoconceito e da ansiedade fóbica na PAE-DL torna-se um objetivo importante para o meio académico, pois pode permitir compreender o que pode estar a influenciar negativa ou positivamente a adaptação dos sujeitos com PAE-DL à vida escolar. De igual modo este estudo é importante para compreender os indivíduos adultos, podendo vir a ajudar a perceber que técnicas e estratégias utilizaram na sua vida que permitiram a sua realização pessoal e profissional.

Capítulo II - Estudo empírico

1. Objectivos e Hipóteses do Estudo

No seguimento do que foi referido ao longo do estado da arte pode concluir-se que o maior problema neste âmbito de estudo prende-se essencialmente com o número reduzido de estudos com adultos portadores de PAE-DL. Assim, a presente investigação tem como objetivos: (1) avaliar as relações existentes entre as variáveis autoconceito, ansiedade fóbica e dislexia em indivíduos adultos; e (2) comparar indivíduos adultos com e sem PAE-DL (variável independente) no que diz respeito ao autoconceito, ansiedade e ansiedade fóbica (variáveis dependentes). Desta forma, podem colocar-se então as seguintes questões de investigação:

1. Qual a relação entre autoconceito, ansiedade fóbica e dislexia em indivíduos adultos?
2. Será que os participantes com PAE-DL diferem nos valores do autoconceito relativamente aos participantes sem PAE-DL?
3. Os participantes com PAE-DL apresentam diferenças na pontuação de ansiedade fóbica por comparação com os participantes sem PAE-DL?

Tendo em conta que está definido o problema e enunciadas as questões de investigação, o objetivo seguinte é o da formulação das hipóteses a testar. Assim, o presente estudo tem por objetivo testar as seguintes hipóteses teóricas:

H1. Existem correlações positivas entre os diferentes fatores do autoconceito e a ansiedade fóbica no grupo de participantes com PAE-DL;

H2. Existem correlações positivas entre o autoconceito e a ansiedade fóbica no grupo de participantes sem PAE-DL;

H3. Existem diferenças estatisticamente significativas no autoconceito entre participantes com PAE-DL e sem PAE-DL;

H4. Os participantes com PAE-DL pontuam mais alto em ansiedade fóbica do que os participantes sem PAE-DL e as diferenças de pontuação são estatisticamente significativas.

2. Método

2.1. Procedimentos de recolha de dados e seleção da amostra

O estudo que ora se apresenta foi elaborado a partir de uma base de dados recolhidos através de um *link* divulgado *online* no ano letivo 2016/2017 e que era composto por um documento que solicitava o preenchimento de um questionário sociodemográfico e a resposta a diversos instrumentos psicológicos. O estudo foi amplamente explicado, pedido o consentimento informado e assegurada a confidencialidade. Antes de proceder à divulgação, o grupo de investigação solicitou à Ordem dos Psicólogos Portugueses parecer sobre a legitimidade da circulação de instrumentos *online*, tendo a resposta sido positiva (Anexo). Para além da divulgação *online*, foram também contactadas Associações portuguesas de dislexia nos distritos de Lisboa, Porto e Guarda, no sentido de as mesmas divulgarem o questionário pelos seus associados. Para constituição da amostra comparativa entre sujeitos com PAE-DL e sem PAE-DL foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter idade compreendida entre os 18 e os 65 anos, ter nacionalidade portuguesa e residir em Portugal.

Assim, foram recolhidos dados de 387 participantes, dos quais 29 com PAE-DL e 356 sem PAE-DL de acordo com os critérios de inclusão anteriormente referidos, deste conjunto foram excluídos 56 participantes. Foram ainda eliminados 11 participantes que não apresentavam respostas suficientemente discriminativas ou seja, cuja tendência de resposta era muito homogénea devido ao facto de utilizarem praticamente o mesmo valor da escala de *Likert* para todas as questões (ex.: discordo fortemente ...). Uma vez que a amostra – N=331 participantes (25 com PAE-DL e 301 sem PAE-DL) – apresenta um grande desequilíbrio em número de participantes com e sem PAE-DL e no sentido de obter dois grupos comparativos mais homogéneos, foram aleatoriamente selecionados 25 participantes sem PAE-DL para efeitos de grupo de controlo.

2.2. Participantes

Tendo em conta os procedimentos anteriormente adotados procedeu-se à caracterização dos participantes que constituem a amostra final para efeitos da presente investigação. Com efeito, como fica patente na tabela 5, a amostra final é de N=50 dos quais 25 (50%) são portadores de PAE-DL e 25 (50%) não portadores. No grupo com PAE-DL, as idades variam entre um mínimo de 22 anos e um máximo de 60, com uma média de idades de 33.04 anos.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes em função da idade.

Condição	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Com PAE-DL	25	22	60	33.04	11.70
Sem PAE-DL	25	19	53	31.56	10.21

Já no que diz respeito ao grupo sem PAE-DL, as idades oscilam entre os 19 e os 53 anos com uma média de 31.56 anos. A dispersão dos resultados é aceitável. Na tabela 6, encontram-se os dados relativos à distribuição dos participantes em função do género. Como pode verificar-se, 15 participantes são do género masculino e 35 são do género feminino.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes em função do género.

Género	N	Percentagem
Feminino	35	70 %
Masculino	15	30 %
Total	50	100%

A distribuição dos participantes em função da profissão pode ser observada na tabela 7. Com efeito, pode observar-se que 24% dos participantes são estudantes do ensino superior e 72% referem ter outra profissão. Apenas 4% dos participantes são estudantes que, se pressupõe, sejam do ensino secundário.

Tabela 7 - Distribuição da amostra em função da profissão.

Profissão	N	Percentagem
Estudante	2	4 %
Estudante do Ensino Superior	12	24%
Outra	36	72%
Total	50	100%

2.3. Instrumentos

2.3.1. BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) pode ser administrado a indivíduos com patologia psiquiátrica ou psicológica, bem como a indivíduos que não tenham qualquer perturbação emocional. O instrumento é composto por 53 itens apresentados numa escala de tipo *Likert* (de 0 - Nunca a 4 - MUITÍSSIMAS vezes) e avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologias e em três de índices globais, sendo estes últimos referentes a avaliações sumárias de perturbação emocional. Os índices globais são o índice geral de sintomas

(IGS), o total de sintomas positivos (TSP) e o índice de sintomas positivos (ISP). Este inventário permite distinguir indivíduos que apresentam perturbação mental daqueles que não as apresentam, embora sua utilização exclusiva não seja aconselhável para emitir um diagnóstico. As suas vantagens referem-se sobretudo à internacionalização do instrumento, pois apresenta robustez psicométrica em vários países e culturas (ex. Al Krenawi, Graham, & Slonim-Nevo, 2002; Francis, Rajan, & Turner, 1990; Neville, 2000; Ruiperez, 2001), assim como a sua aplicabilidade em diferentes áreas da saúde como a oncologia, comportamentos aditivos, VIH/SIDA e perturbações psiquiátricas, entre outras (Blume, Schmalting, & Marlat, 2001; Robinson, Brower, & Gomber, 2001; Kennedy, Skurnick, Foley, & Louria, 1995; Bowen, & D'Arcy, 2003; Davis, McVey, Heinmaa, Rockert, & Kennedy, 1999; Erickson, Wolfe, King, King, & SharKansky, 2001). Estes estudos demonstraram a sensibilidade do instrumento à deteção de mal-estar psíquico, o que demonstra a sua validade. Como limitações são apontadas as más interpretações dos resultados, pelo que este instrumento deve ser utilizado como indicador de sintomas e não como definidor de diagnóstico.

A versão portuguesa intitula-se “Inventário de Sintomas Psicopatológicos” e foi adaptada por Canavarro (1999) com recurso a uma amostra de N=551 indivíduos (clínicos e não clínicos), tendo obtido valores de alfa de Cronbach que oscilaram entre 0.71 e 0.85, o que configura uma boa consistência interna (Canavarro, 1999; Patrão, 2007). As nove dimensões primárias são as seguintes: (1) Somatização, que reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, onde as queixas se localizam no sistema cardiovascular, respiratório e gastrointestinal (inclui sete itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37); (2) Obsessões-Compulsões que focam-se essencialmente nas cognições, impulsos e comportamentos persistentes a que o indivíduo não consegue resistir (inclui sete itens: 5, 15, 26, 27, 32 e 36); (3) a dimensão Sensibilidade Interpessoal diz respeito a sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, sobretudo em comparação com outras pessoas; (4) a dimensão Depressão revela sintomas de afeto e de humor disfórico, falta de motivação e de energia vital, assim como sinais de baixo interesse na vida (inclui sete itens: 9, 16, 17, 18, 35 e 50); (5) Na Ansiedade destacam-se sinais como o nervosismo, tensão e ataques de pânico, da mesma forma que os sentimentos de terror, de apreensão e de medo também estão presentes (inclui seis itens: 1, 12, 19, 38, 45 e 49); (6) Hostilidade remete para pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera, refletindo qualidades como irritabilidade, ressentimento, agressão e raiva (inclui cinco itens: 6, 13, 40, 41 e 46); (7) Ansiedade Fóbica define-se como a resposta de medo persistente, irracional e desproporcionada, que leva a comportamentos de evitamento, podendo ser comparada à definição de “agorafobia” (inclui cinco itens: 8, 28, 31, 43 e 47); (8) Ideação Paranóide refere-se ao funcionamento cognitivo perturbado, representado por comportamentos paranóides característicos da hostilidade, suspeição, grandiosidade, desconfiança, desilusão e medo de perder a autonomia (inclui cinco itens: 4, 10, 24, 48 e 51); e (9) Psicoticismo pautado pelo isolamento e no estilo de vida esquizóide, incluídos como indicadores de sintomatologia esquizofrénica (alucinações e delírios) (inclui cinco itens: 3, 14,

34, 44 e 53) (Canavarro, 1999, 2007; Carneiro, 2010). Na tabela 8 é possível consultar os valores de consistência interna relativamente às nove dimensões:

Tabela 8 - Cálculo do índice alpha de Cronbach para a fiabilidade das dimensões do BSI.

Dimensões	Alpha
Somatização	.797
Obsessões-Compulsões	.773
Sensibilidade Interpessoal	.760
Depressão	.728
Ansiedade	.766
Hostilidade	.759
Ansiedade Fóbica	.624
Ideação Paranoide	.718
Psicoticismo	.621

No que diz respeito à análise de confiabilidade da dimensão utilizada neste estudo, pode verificar-se na tabela 9 um índice alfa de Cronbach $\alpha=.82$, a que corresponde uma excelente consistência interna ($>.70$).

Tabela 9 - Cálculo do índice alpha de Cronbach para a fiabilidade da dimensão Ansiedade Fóbica

Variável	Alpha
Ansiedade Fóbica	.823

2.3.2. Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC)

O Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz-Serra, 1986) é um instrumento que está validado para a população portuguesa e exige um grau mínimo de escolaridade para ser respondido. Tem como objetivo medir a maneira de ser habitual do indivíduo e não o estado em que transitoriamente se encontra. Este inventário é de autorresposta, sendo que o sujeito deve responder de acordo com a “sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento”. Tendo sido desenvolvido por Adriano Vaz Serra, o instrumento tinha 75 questões que, ao longo do processo de validação, foram reduzidas a 20, podendo a nota global variar entre 20 e 100 pontos. Os itens da escala são de tipo Likert de 1 a 5 pontos: 1- “Não concordo”; 2-“Concordo pouco”; 3-“Concordo moderadamente”; 4 -“Concordo muito; e “Concordo muitíssimo” respetivamente (Vaz-Serra, 1986).

O resultado da prova permite a obtenção de uma nota global (somando-se os valores dos 20 itens, sendo que 3 deles são cotados de forma inversa) e de vários fatores que fornecem

informação acerca do sujeito. No que diz respeito aos fatores: (1) Fator 1-Aceitação/Rejeição Social (itens 1, 4, 9, 16, 17); (2) Fator 2 - Autoeficácia (itens 3, 5, 8, 11, 18, 20); (3) Fator 3 - Maturidade Psicológica (itens 2, 6, 7, 13); (4); e Fator 4 - (itens 10, 15, 19). O estudo de validação foi realizado com a participação de 920 sujeitos, apresentando uma consistência interna avaliada através do *Coefficiente de Sperman-Brow* de .791 e um coeficiente teste-reteste de .838 (Vaz-Serra, 1986). Trata-se de uma escala de aplicação rápida e relaciona-se também com a autoestima, o que pode dar acesso a pistas úteis para a intervenção psicoterapêutica, pois permite compreender a forma como o sujeito se avalia e detectar as suas vulnerabilidades. Como acontece com qualquer instrumento de avaliação psicológica o ICAC só é útil quando utilizado em conjunto com outros instrumentos de avaliação.

No que diz respeito à amostra da qual foram selecionados os participantes deste estudo, foi utilizado o índice *alpha* de Cronbach para averiguar a consistência interna. Na tabela 10 apresentam-se os resultados para a escala global e de cada um dos fatores. No global o instrumento apresenta uma muito boa consistência interna ($\alpha=.857$), o que permite confiar nos resultados obtidos. Nos fatores destaca-se a boa consistência interna da aceitação/rejeição (fator 1) e a autoeficácia (fator 2) com $\alpha=.738$ e $\alpha=.705$, respetivamente. Já no que diz respeito aos fatores 3 e 4, a consistência interna pode considerar-se apenas razoável, já que a Maturidade psicológica apresenta um $\alpha=.583$ e a Impulsividade/atividade apresenta um $\alpha=.558$, ambos muito próximo do limite inferior admissível ($\alpha=.60$).

Tabela 10 - Cálculo do índice alpha de Cronbach do ICAC.

Dimensões	Alpha
Autoconceito total	.857
Aceitação/Rejeição	.738
Autoeficácia	.705
Maturidade Psicológica	.583
Impulsividade/Atividade	.558

2.3.3. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é composto por um conjunto de questões sobre a nacionalidade, naturalidade, distrito, agregado familiar, estado civil, habilitações literárias, género, profissão, rendimentos e doenças previamente diagnosticadas, nomeadamente sobre Dislexia, atualmente denominada de PAE-DL, Ansiedade, Depressão e Défice de Atenção.

3. Resultados

3.1. Testes de normalidade

Antes de proceder à análise dos resultados, convém averiguar se a sua distribuição viola os pressupostos da normalidade, pois é a partir desse resultado que se decide se o teste de hipóteses será efetuado com recurso a testes paramétricos ou não paramétricos. Neste sentido, procedeu-se ao cálculo do teste *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) que compara a distribuição dos resultados da amostra com uma distribuição normal. Se as diferenças não forem significativas ($p > .05$) pode considerar-se que a distribuição dos dados amostrais não é diferente de uma distribuição normal, podendo nesse caso avançar para análises com recurso a testes paramétricos. Apesar disso, há autores que referem que os testes paramétricos são robustos para valores de assimetria e *curtose* (achatamento) quando estes se situam entre -3 e 3 e -7 e 7, respetivamente (Kline, 1998; Schumacker & Lomax, 2010; Maroco, 2010).

Tabela 11 - Teste Kolmogorov-Smirnov para a normalidade das variáveis dependentes.

	Estatística	gl	Sig
AC	.112	50	.162
AR	.170	50	.001
AEF	.110	50	.185
MP	.183	50	.000
IA	.137	50	.021
AF	.217	50	.000

Como pode verificar-se na tabela 11, os resultados obtidos nas variáveis dependentes Autoeficácia (AEF), $D(50) = .110$, $p \geq .05$ e Autoconceito global (AC), $D(50) = .112$, $p \geq .05$ seguem uma distribuição normal. Já no que diz respeito às variáveis Aceitação/rejeição social (AR), $D(50) = .170$, $p < .05$, Impulsividade/Atividade (IA), $D(50) = .137$, $p < .05$, Maturidade psicológica (MP), $D(50) = .183$, $p < .05$ e Ansiedade fóbica (AF), $D(50) = .217$, $p < .05$, não seguem uma distribuição normal.

Tabela 12 - Estatística Descritiva para as variáveis dependentes.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Assimetria	Curtose
AC	50	49.00	98.00	76.88	-.461	.647
AR	50	10.00	25.00	18.82	-.610	1.528
AEF	50	13.00	30.00	22.62	-.245	-.338
MP	50	7.00	20.00	15.24	-.972	1.514
IA	50	5.00	15.00	12.02	-.673	.600
AF	50	1.00	12.00	2.28	1.609	2.075

Apesar de os valores do teste *ks* apresentarem uma significância de $p < .05$, se tivermos em conta os valores da assimetria e de achatamento (*curtose*), justifica-se o recurso a testes paramétricos, pois estes são suficientemente robustos quando os valores de assimetria oscilam entre -3 e 3 e os de achatamento oscilam entre -7 e 7. Como pode observar-se na tabela 12 os valores para estas medidas (baseadas na posição relativa das medidas de tendência central) caem no intervalo teórico definido, pelo que o teste de hipóteses pode ser efetuado com recurso a estatísticas paramétricas.

3.2. Teste de hipóteses

De seguida passa-se ao teste das hipóteses previamente enunciadas. A hipótese H1, que postula a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre o autoconceito e a ansiedade fóbica no grupo de participantes com PAE-DL, foi testada com o coeficiente de correlação de *Pearson*. Como pode observar-se na tabela 13, as correlações entre o autoconceito (e suas dimensões) e a ansiedade fóbica são negativas e estatisticamente significativas à exceção da correlação entre Ansiedade fóbica e Impulsividade/Atividade, que não tem qualquer expressão. Os resultados no grupo com PAE-DL apresentam-se da seguinte forma: (1) Ansiedade fóbica (AF) e Autoconceito global (AC), $r = -.488$, $p < .001$; (2) Ansiedade fóbica (AF) e Aceitação/Rejeição (AR), $r = -.565$, $p < .001$; (3) Ansiedade fóbica (AF) e Autoeficácia (AEF), $r = -.402$, $p < .001$; (4) Ansiedade fóbica (AF) e Maturidade psicológica (MP), $r = -.458$, $p < .001$; e (5) Ansiedade fóbica (AF) e Impulsividade/Atividade (IA), $r = -.187$, $p > .05$ (ns).

Tabela 13 - Correlações entre autoconceito total, fatores do autoconceito e ansiedade fóbica no grupo com PAE-DL.

	AF	AC	AR	AEF	MP	IA
AF	1	-.488**	-.565**	-.402**	-.458**	-.187
AC	-.488**	1	.860**	.943**	.827**	.701**
AR	-.565**	.860**	1	.721**	.725**	.495**
AEF	-.402**	.943**	.721**	1	.710**	.651**
MP	-.458**	.827**	.725**	.710**	1	.336**
IA	-.187	.701**	.495**	.651**	.336**	1

** $p < .001$

A hipótese H2 postula a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre o autoconceito (e suas dimensões) e a ansiedade fóbica no grupo de participantes sem PAE-DL, tendo sido testada com o coeficiente de correlação de *Pearson*. Como pode observar-se na tabela 14, as correlações entre o autoconceito (e suas dimensões) e a ansiedade fóbica apresentam valores negativos. Com efeito, as correlações negativas apresentam-se da seguinte forma: (1) Ansiedade fóbica (AF) e Autoconceito global (AC), $r = -.129$, $p > .05$ (ns); (2) Ansiedade fóbica (AF) e Aceitação/Rejeição (AR), $r = -.249$, $p > .05$ (ns); (3) Ansiedade fóbica (AF) e Maturidade psicológica (MP), $r = -.195$, $p > .05$ (ns); e (4) Ansiedade fóbica (AF) e Impulsividade/Atividade (IA), $r = -.247$, $p > .05$ (ns). **Como correlação positiva temos a correlação entre Ansiedade fóbica (AF) e Autoeficácia (AEF), $r = .048$, $p > .05$ (ns).**

Tabela 14 - Correlações entre autoconceito total, fatores do autoconceito e ansiedade fóbica no grupo sem PAE-DL.

	AF	AC	AR	AEF	MP	IA
AF	1	-.129	-.249	.048	-.195	-.247
AC	-.129	1	.879**	.892**	.857**	.802**
AR	-.249	.879**	1	.721**	.689**	.668**
AEF	.048	.892**	.721**	1	.653**	.565**
MP	-.195	.857**	.689**	.653**	1	.693**
IA	-.247	.802**	.668**	.565**	.693**	1

Um dos objetivos desta investigação prende-se com a preocupação, plasmada na Hipótese 3, de averiguar se existem diferenças significativas entre participantes com e sem PAE-DL no que diz respeito ao autoconceito e seus fatores. Na tabela 15 encontram-se os dados

da estatística descritiva. Uma vez que o teste de *Levene* para a homogeneidade das variâncias (tabela 16) apresenta dados estatisticamente não significativos ($p > .05$), considera-se que existe igualdade de variância entre os dois grupos, podendo então avançar com o teste paramétrico. Para averiguar se estas diferenças são estatisticamente significativas, procedeu-se ao teste de hipóteses recorrendo ao teste de médias ANOVA (*oneway*).

Tabela 15 - Estatística descritiva dos valores de autoconceito para os grupos PAE-DL e sem PAE-DL.

	PAE-DL	N	Média	dp
AC	Sim	25	74.16	10.96
	Não	25	79.60	10.04
	Total	50	76.88	10.75
AR	Sim	25	18.16	2.85
	Não	25	19.48	2.90
	Total	50	18.82	2.93
AEF	Sim	25	21.60	4.27
	Não	25	23.64	3.25
	Total	50	22.62	3.90
MP	Sim	25	14.92	2.58
	Não	25	15.56	2.63
	Total	50	15.24	2.60
IA	Sim	25	11.36	2.46
	Não	25	12.76	1.93
	Total	50	12.02	2.29

Tabela 16 - Teste de homogeneidade de variâncias do autoconceito e dos seus fatores.

	T. Levene	gl1	gl2	Sig.
AC	.005	1	48	.943
AR	.126	1	48	.724
AEF	1.418	1	48	.240
MP	.257	1	48	.614
IA	1.524	1	48	.223

Apresentam-se, a seguir, os resultados para as variáveis dependentes em jogo:

- 1. Autoconceito total (AC)** - Em termos médios os participantes com PAE-DL apresentaram valores mais baixos ($M = 74.16$, $dp = 10.96$) do que os participantes sem PAE-DL ($M = 79.60$, $dp = 10.04$). Assim, de acordo com os resultados obtidos na Anova, não há diferenças estatisticamente significativas para o autoconceito total entre disléxicos e não disléxicos $F(1,48) = 3.357$, $p > .05$.

2. **Aceitação/Rejeição (AR)** - Em termos médios os participantes com PAE-DL apresentaram valores mais baixos ($M= 74.16$, $dp=10.96$) do que os participantes sem PAE-DL ($M= 79.60$, $dp=10.04$). Assim, de acordo com os resultados obtidos na Anova, não há diferenças estatisticamente significativas na dimensão AR entre disléxicos e não disléxicos $F(1,48)=2.629$, $p>.05$.
3. **Autoeficácia (AEF)** - Em termos médios os participantes com PAE-DL apresentaram valores mais baixos ($M= 21.60$, $dp=4.27$) do que os participantes sem PAE-DL ($M= 23.64$, $dp=3.25$). Assim, de acordo com os resultados obtidos na Anova, não há diferenças estatisticamente significativas na dimensão AEF entre disléxicos e não disléxicos $F(1,48)=3.610$, $p>.05$.
4. **Maturidade psicológica (MP)** - Em termos médios os participantes com PAE-DL apresentaram valores mais baixos ($M= 14.92$, $dp=2.58$) do que os participantes sem PAE-DL ($M= 15.56$, $dp=2.63$). Assim, de acordo com os resultados obtidos na Anova, não há diferenças estatisticamente significativas na dimensão MP entre disléxicos e não disléxicos $F(1,48)= .754$, $p>.05$.
5. **Impulsividade/Atividade (IA)** - Em termos médios os participantes com PAE-DL apresentaram valores mais baixos ($M= 11.36$, $dp=2.46$) do que os participantes sem PAE-DL ($M= 12.76$, $dp=1.93$). Assim, de acordo com os resultados obtidos na Anova, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão IA entre disléxicos e não disléxicos $F(1,48)= 4.44$, $p <.05$.

De acordo com a hipótese 4 Os participantes com PAE-DL pontuam mais alto em ansiedade fóbica do que os participantes sem PAE-DL e as diferenças de pontuação são estatisticamente significativas. Na tabela 17 apresentam-se os dados da estatística descritiva que sugerem haver diferenças entre os participantes com e sem PAE-DL.

Tabela 17 - Estatísticas descritivas para Ansiedade fóbica

	PAE-DL	N	Média	dp
AF	Sim	25	3.48	3.27
	Não	25	2.16	1.97
	Total	50	2.18	2.80

Antes de testar se estas diferenças são significativas procedeu-se ao teste da homogeneidade de variâncias, cujos resultados estão patentes na tabela 18. Uma vez que o teste de Levene para a homogeneidade das variâncias apresenta dados estatisticamente não

significativos ($p > .05$), considera-se que existe igualdade de variância entre os dois grupos, podendo então avançar com o teste paramétrico.

Tabela 18 - Teste de homogeneidade de variâncias para a Ansiedade fóbica.

	Teste Levene	gl1	gl2	Sig.
AF	1.617	1	48	.263

Assim, para averiguar se estas diferenças são estatisticamente significativas, procedeu-se ao teste de hipóteses recorrendo ao teste de médias ANOVA *oneway*, verificando-se que os participantes com PAE-DL apresentaram valores mais elevados de Ansiedade fóbica ($M = 3.48$, $dp = 3.27$) do que os participantes sem PAE-DL ($M = 2.16$, $dp = 1.97$). Assim, as diferenças nos resultados entre disléxicos e não disléxicos são estatisticamente significativas para $F(1,48) = 7.58$, $p < .05$.

4. Discussão dos resultados

O presente estudo foi desenvolvido tendo por finalidade avaliar um conjunto de objetivos que se revelaram importantes para a compreensão da Perturbação de Aprendizagem com Défice de Leitura (PAE-DL). Partindo da constatação de que os estudos em população adulta são escassos, delinearam-se os seguintes objetivos: (1) avaliar as relações entre o autoconceito e seus fatores e a ansiedade fóbica; (2) avaliar as relações entre o autoconceito e seus fatores e a PAE-DL em participantes adultos; (3) avaliar as relações entre a ansiedade fóbica e a PAE-DL em participantes adultos; (4) comparar participantes adultos com e sem PAE-DL relativamente ao impacto desta perturbação, por um lado no autoconceito e seus fatores e, por outro, na ansiedade fóbica. Com estes objetivos em mente delinearam-se quatro hipóteses que a seguir se discutem.

De acordo com a hipótese 1, existiriam correlações positivas e estatisticamente significativas entre o autoconceito e a ansiedade fóbica no grupo de participantes com PAE-DL. Depois de testada a hipótese, verificou-se que as correlações entre o autoconceito e ansiedade fóbica são praticamente todas negativas, contrariando, portanto o que havia sido postulado. A única correlação positiva, mas não significativa, é a correlação entre a ansiedade fóbica e o fator Impulsividade/Atividade que integra o autoconceito. Em virtude da falta de estudos que correlacionem ansiedade fóbica e autoconceito em sujeitos adultos com PAE-DL a discussão dos resultados fica um pouco limitada, sendo que os resultados aqui apresentados não corroboram estudos que afirmam que a PAE-DL se associa negativamente o autoconceito, bem como o estado emocional e comportamental do indivíduo (Simões & Serra, 1987; Tabaquim, Dauruiz & Niquerito, 2016).

De seguida foi testada a hipótese 2 quanto à existência de correlações positivas e estatisticamente significativas para as mesmas variáveis, mas desta vez relativamente aos participantes sem PAE-DL. Como correlação positiva, mas não significativa, aparece a correlação entre o fator Autoeficácia, integrante do autoconceito, e a ansiedade fóbica. As restantes correlações são negativas e não significativas. Estes resultados fazem sentido, pois se os participantes não apresentam as dificuldades de aprendizagem inerentes à dislexia, então é de supor que desenvolvem um autoconceito positivo, logo negativamente correlacionado com a ansiedade fóbica. De facto, os resultados vão ao encontro do referido por Ingesson (2007) que sustenta que sujeitos com PAE-DL associam o facto de se ser bom leitor com ser feliz. Apesar de tal conclusão ser retirada a partir de resultados de estudos com crianças, pode supor-se que esse grau de felicidade possa manter-se ao longo do desenvolvimento.

Uma das preocupações deste estudo era averiguar se existem diferenças significativas entre participantes com e sem PAE-DL no que diz respeito ao autoconceito e seus fatores (hipótese 3). Os resultados indicam que os participantes com PAE-DL têm valores mais baixos de autoconceito total, aceitação/rejeição, autoeficácia e maturidade psicológica mas nenhum destes resultados é estatisticamente significativo. Contudo, os participantes com PAE-DL apresentam valores mais baixos no fator Impulsividade/Atividade e as diferenças são estatisticamente significativas. Os resultados do autoconceito global e os fatores atrás referidos podem ser suportados pelos estudos de Alesi, Rappo e Pepi (2012) que sustentam que os sujeitos podem encontrar estratégias adaptativas para não se exporem em demasia, preservando assim o conceito que têm de si. Por outro lado, um nível de impulsividade/atividade mais baixo nestes sujeitos pode ser também o resultado de uma autorregulação desenvolvida ao longo dos anos de aprendizagem e de autorregulação.

A análise dos resultados nas pontuações de ansiedade fóbica vão de encontro ao postulado na hipótese 4. De facto verificou-se que os participantes com PAE-DL apresentaram valores mais elevados nesta variável, sendo essas diferenças estatisticamente significativa. Tais resultados corroboram estudos anteriormente realizados, nomeadamente o de Ghisi, Bottesi, Re, Cerea e Mammarella (2016). Este estudo foi realizado com grupo experimental (PAE-DL) e grupo controlo numa amostra de estudantes do ensino superior e as suas conclusões apontam para um aumento da sintomatologia ansiosa no grupo experimental.

5. Conclusão

Partindo dos resultados do presente estudo, pode afirmar-se que, apesar das dificuldades habitualmente sentidas pelos sujeitos com PAE-DL, os percursos de vida podem ter sido protetores no sentido em que, como se verificou, de alguma forma os participantes apresentaram resultados mais favoráveis do que o que seria de esperar. Com efeito, sobretudo os resultados obtidos no fator de Impulsividade/Atividade, pertencente ao autoconceito, parecem indicar que no seu percurso foram encontrando estratégias que lhes permitiram

contornar alguma impulsividade. Neste âmbito, ter-se-á que considerar a atenção que as políticas educativas inclusivas atribuem a estes indivíduos ao longo de todo o seu percurso escolar.

No que diz respeito aos resultados em termos da ansiedade fóbica que, neste estudo, diferencia claramente indivíduos com PAE-DL daqueles que não apresentam PAE-DL, verificam-se valores mais elevados desta patologia nos participantes com dislexia. De facto, pode facilmente compreender-se que, perante as dificuldades continuadas, os indivíduos, apesar de encontrarem estratégias para lidar com as mesmas, apresentem alguns sinais de psicopatologia, fruto do grande desgaste emocional a que vão sendo sujeitos no seu percurso de vida.

Para finalizar, acrescenta-se que os resultados aqui encontrados, nomeadamente no que se refere ao autoconceito, podem efetivamente ser, em parte, fruto do apoio educativo de que os portugueses têm vindo a ser alvo, o que, só por si justificaria uma certa continuidade na sua implementação. Espera-se, no entanto, que as questões mais clínicas, relacionadas com a ansiedade, venham a ser objeto de atenção também ao nível escolar, uma vez que pode ser esta a responsável por grande parte do insucesso educativo destes indivíduos. Evidentemente, no âmbito do que se considera ser um obstáculo ao bem-estar psicológico, o estudo da ansiedade a este nível, revela-se de grande interesse para o contexto da Psicologia Clínica e da Saúde.

Referências

- Abreu, S. I. (2012). *Dislexia - Aprender a Aprender*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., Ophir, M., et Jamil Kandah. (2001). *Ethnic and gender differences in mental health utilization: The case of Muslim Jordanian and Moroccan Jewish Israeli out-patient psychiatric patients*. *International Journal of Social Psychiatry*, 47 (3), 42-54.
- Alesi, M. R. (2012). *Self-esteem at school and self-handicapping in childhood comparison of groups with learning disabilities*. *Psychological Reports*, 11(3), 952-962.
- Allen, A., Leonard, H., et Swedo, S. (1995). *Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34 (8), 976-986.
- Álvares, C. P. (2016). *Revisión de programas de intervención en Dislexia Evolutiva*. *Reidocrea*, 5, 310-315.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. Washington: Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais - 5 (5ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, A. (2014). *Análise do desempenho em escrita, desenvolvimento motor e autoconceito em estudantes do ensino fundamental*. Dissertação de Mestrado. Pouso Alegre: Universidade do Vale do Sapucaí.
- Arruda, M. (2006). *Levados da Breca: Um guia sobre crianças e adolescentes com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)*. 1 Ed. Instituto Glia.
- Banai, K., et Kraus, N. (2007). *Neurobiology of (central) auditory processing disorder and language-based learning disability*. Musiek F. E.; Chermak (orgs) G. D; *Handbook of (central) Auditory Processing Disorder: Auditory neuroscience and diagnosis*. San Diego.
- Beidas, H., Khateb, A. et Breznitz, Z. (2013). *The cognitive profile of adult dyslexics and its relation to their reading abilities*. (Vol. 26). *Reading and Writing*.
- Bekebrede, J., van der Leij, A., Plakas, A., Share, D. et Morfidi, E. (2010). *Dutch Dyslexia in Adulthood: Core Features and Variety*. *Scientific Studys of Reading*, 183-210.
- Berger, M., Yule, W., Rutter, M. (1975). *Attainment and adjustment in two geographical areas: the prevalence of specific retardation*. *Br Psychiatric*, 510-519.
- Birch, H. G. and Belmont, L. (1964). *Auditory-visual integration in normal and retarded readers*. *Amer. J. Orthopsychiatry*, 44,5:852-861.
- Bogliotti, C., Serniclaes, W., Messaoud-Galusi, S., et Sprenger-Charolles, L. (2008). *Discrimination of speech sounds by children with dyslexia. Com parisons with chronological age and reading level controls*. *Journal of Experimental Child Psychology*, 137-155.

Bradley, L., Bryant, P. E., (1983). *Categorising sounds and learning to read a casual conction*. Nature, 419-421.

Bryant, P., et Impey, L. (1986). *The similarity between normal readers and developmental and acquired dyslexics*. Cognition, 24, 121-137.

Bruck, M. (1992). *Persistence of dyslexic's phonological awareness*. Developmental Psychology, 28(5), 874-886.

Burns, R. (1986). *The self-concept: Theory, measurement, development and behaviour*. New York: Longman Group

Butler, R. et Gaisson (2005). *Self esteem/self concept scales for children and adolescents: A review* . Child and Adolescent Mental Health, pp. 190-201.

Callens, M., Tops, W. et Brysbaert, M. (2012). *Cognitive Profile of Students Who Enter Higher Eduacation with an Indication of Dyslexia*. Plos One.

Canavarro, M. C. (1999). *Relações afetivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.

Capovilla, F. C. (2002). *Org. Neuropsicologia e Aprendizagem uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Editora Tecci.

Carneiro, G., Martinelli, S., et Sisto, F. (2003). *Autoconceito e dificuldades de aprendizagem na escrita*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 16(3), 427-434.

Carreteiro, R. M. (13 de Junho de 2009). *Dislexia: Uma Perspectiva Psicodinâmica*. Psicologia. com.pt O Portal dos Psicólogos.

Castanho, L. C. S. (2017). *O coping e a resiliência no adulto com PAE-DL Um estudo numa amostra portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã

Castillo, A. R. (2000). *Transtornos de ansiedade*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22(2), 20-23.

Citoler, S. D. (1996). *Las Dificultades de Aprendizaje: Un Enfoque Cognitivo - Lectura, Escritura, Matemáticas*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Clark, D.A., et Beck, A.T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley et Sons Inc.

Coelho, D. T. (2013). *Dificuldades de aprendizagem específicas: Dislexia, disgrafia, disortografia e discalculia*. Porto: Areal Editores.

Cole, D. M. (2001). *The development of multiple domains of child and adolescent self-concept: A cohort sequential longitudinal design*. Child development, 72, 1723-1746.

Cortiella, C., et Horowitz, S. H. (2014). *The State of Learning Disabilities: Facts, Trends and Emerging Issues (4 ed.)*. New York: National Center for Learning Disabilities, Inc.

Dale, M. et Taylor, (2001). *How Adult Learners Make Sense of Their Dyslexia*. Disability et Society, 997-1008.

Deacon, S. H., Cook, K. et Parrila, R. (2012). *Identifying high-functioning dyslexics: is self-report of early reading problems enough?* Annals of Dyslexia, 120-134.

Eckert, M.A., Leonard, C.M., Richards, T., Aylward, E., Thomson, J., et Berninger, V. (2002, in press). *Anatomical Correlates of Dyslexia: Frontal and Cerebellar findings*. Brain.

- Edir, L. A. (2013). *A Neurobiologia da Dislexia*. Ciências e Cognição.
- Ellis, A. W. (1995). *Leitura, escrita e dislexia: uma análise cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Esteves, M. (2011). *Leitura vs Auto-conceito de alunos com dificuldades de aprendizagem* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Estill, C. A. (s.d.). *Dislexia, as muitas faces de um problema de linguagem*. Obtido de http://www.andislexia.org.br/hdll12_1.asp.
- Faria, L., et Fontaine, A. M. (1990). *Avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: Adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa*. Cadernos de Consulta Psicológica, 6, 97-105.
- Faria, L. (2005). *Desenvolvimento de auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes*. Análise Psicológica, XXIII (4), 361-371.
- Fawcett, A. J., et Nicolson, R. I. (1994). *Naming Speed in Children with Dyslexia*. Journal of Learning Disabilities, 27, 641-646
- Fisher, C., Chekaluk, E., et Irwin, J. (2015). *Impaired driving performance as evidence of a magnocellular deficit in dyslexia and visual stress*. Dyslexia, 21 (4), 350 - 360.
- Fonseca, V. d. (2009). *Dislexia, cognição e aprendizagem: uma abordagem neuropsicológica das dificuldades de aprendizagem da leitura*. Revista Psicopedagogia, 26 (81), 339-356.
- Fontaine, A. M. (1991). *O conceito de si próprio no ensino secundário: Processo de desenvolvimento diferencial*. Cadernos de Consulta Psicológica, 7, 33-54.
- Frank R. (2003). *A vida secreta da criança com dislexia*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Freitas, M., J., Alves, D., et Costa, T. (2007). *O Conhecimento da Língua: Desenvolver a Consciência Fonológica*. Ministério da Educação, PNEP IX
- Galaburda, A.M., Kemper, T.L. (1979). *Cytoarchitectonic abnormalities in developmental dyslexia: a case study*. Annals of Neurology, 94-100.
- Galaburda, A.M., Cestnick, L. (2003). *Dislexia del desarrollo*. Revista de Neurologia, 36, 13-23.
- Ghisi, M., Bottesi, G., Re, A. M., Cerea, S., et Mammarella, I. C. (2016). *Socioemotional features and resilience in Italian university students with and without dyslexia*. Frontiers in Psychology, 7 (478).
- Ghisi, M. B. (2016). *Socioemotional Features and Resilience in Italian University Students with and without Dyslexia*. Frontiers in Psychology, 7, 1-9.
- Grazianno, E. S. (2004). *Nível de Ansiedade de Clientes Submetidos a Cineangiogramas e de seus Acompanhantes*. Revista Latino Americana de Enfermagem, 168-174.
- Guimarães, A. M. V., A. C. (2015). *Transtornos de Ansiedade: Um Estudo de Prevalência Sobre as Fobias Específicas e a Importância da Ajuda Psicológica*. Psicologia - Cadernos de Graduação, Ciências Biológicas e da Saúde, 115-128.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self*. New York: The Guilford Press.

- Harter, S. (2006). *The self*. In N. Eisenberg, W. Damon, et R. M. Lerner (Eds.).
- Hoonhorst, I., Medina, V., Colin, C., Markessis, E., Radeau, M., Deltenre, P., & Serniclaes, W (2011). *Categorial perception of voicing, colors and facial expressions: a developmental study*. *Speech Communication*, 417-430.
- Ingesson, S. (2007). *Growing up with Dyslexia: Interviews with Teenagers and Young Adults*. *School Psychology International*, 28(5), 574-591.
- Kajihara, O. T. (2008). *Modelos teóricos atuais da dislexia do desenvolvimento*. *Olhar de Professor*, 11 (1), 153-168. Obtido de <http://www.uepg.br/olhardeprofessor>
- Kline, B. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press
- Kwok, R. K. W. et Ellis, A. W. (2014). *Visual word learning in adults with dyslexia*. *Frontiers In Human Neuroscience*, 264.
- Landerl, K., et Willburger, E. (2010). *Temporal processing, attention and learning disorders*. 393-401.
- Lee, V., William (1979). *Social relationships: Socialization, the selfconcept and the self-fulfilling prophecy*. Walton Hal: Open University Press.
- Levitan, M., Rangé, B., Nardi, A. (2008). *Habilidades sociais na agorafobia e fobia social*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.
- Liberman, I. Y., et Shankweiler, D. (1985). *Phonology and the problems of learning to read and write*. *Remedial and Special Education*, 8-17.
- Luca, M. I. O. (2009). *Dislexia e atenção*. São Bernardo do Campo - São Paulo - UEMSP, Brasil, 14-15.
- Lyon, G., Shaywitz, S., et Shaywitz, B. (2003). *A definition of dyslexia*. *Annals of Dyslexia*, 1 - 14.
- Manjarrez, A. E. (2002). *Autoconceito e autoestima em crianças maltratadas e crianças de famílias intactas*. Obtido de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/imprimir.php>
<http://www.psicologia.com.pt/artigos/imprimir.php?Codigo=A0104> consultado em 4 janeiro 2018.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com utilização do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa: Report Number.
- Marsh, H. J. (1996). *Theoretical perspectives on the structure of the self-concept*. In B. A. Bracken (Ed.) *Handbook of self-concept: Development, social, and clinical considerations*. New York: Wiley.
- Massi, G., et Santana, A. P. (2011). *A desconstrução do conceito de dislexia: conflito entre verdades*. *Paidéia*, 21 (50), 403-411.
- Mather N., et W. (2012). *Essentials of dyslexia assessment and intervention*. New Jersey: Hoboken.
- Moller, J. S. (2009). *Achievement and self-concept of students with learning disabilities*. *Social Psychology of Education*, 113-122.

- Moojen, S. M., Bassôa, A., et Gonçalves, H. A. (2016). *Características da Dislêxia de Desenvolvimento e sua Manifestação na Idade Adulta*. Revista Psicopedagogia, pp. 50-59.
- Morais, J. (1997a). *Arte de ler: Psicologia Cognitiva da Leitura*. Lisboa: Edições Cosmos.
- Nogueira, M. Z., et Beserra, T. M. (2017). *Dislexia: Leitura e Escrita numa Perspectiva Bibliográfica*. Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 10 (33), 153-165.
- Noordenbos, M. W., et Serniclaes, W. (2015). *The categorical perception deficit in dyslexia: A meta-analysis*. Scientific Studies of Reading, 340-359.
- Nopola-Hemmi, J., Myllyluoma, B., Voutilainen, A., Leinonen, S., Kere, J., Ahonen, T. (2002). *Familial dyslexia: Neurocognitive and Genetic correlation in Large Finnish Family*. Rev. Med. Child Neurol. , 580-586.
- Olson, R.K., Wise, B., Conners, F., Rack, J., & Fulker, D. (1989). *Specific deficits in components reading and language skills: genetic and environmental influences*. Journal of Learning Disabilities, 22, 339-348.
- Parrila, R., Georgiou, G. et Corkett, J. (2007). *University students with a significant history of reading difficulties: What is and is not compensated*. Exceptionality Education Canada, 195-220.
- Peixoto, F. (2003). *Auto-estima, autoconceito e dinâmicas relacionais em contexto escolar*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade do Minho.
- Pennington, B. F., Santerre - Lemmon, L., Rosenberg, J., MacDonald, B., Boada, R., Friend, A., Leopold, D. R., Samuelsson, S., Byrne, B., Willcutt, E. G., et Olson, R. K. (2012). *Individual prediction of dyslexia by single versus multiple deficit models*. Journal of Abnormal Psychology, 212-224.
- Pennington, B.F., Lefly, D.L. (2001). *Early reading development in children at family risk for dyslexia*. Child Development, 72(3):816-33.
- Pernet, C., Anderson, J., Paulesu, E., Demonet, J-F. (2009). *When all hypotheses are right: a multifocal account of dyslexia*. Hum Brain Mapp.
- Peterson, R., et Pennington, B. (2012). *Developmental dyslexia*. Lancet, (379).
- Ramus, F., Rosen, S., Dakin, S. C., Day, B. L., Castellote, J. M., White, S., et Frith, U. (2003). *Theories of developmental dyslexia: insights from a multiple case study of dyslexical adults*. Brain, 841-865.
- Rangé, B. R. (2011). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (2 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Reynolds, A. E., Caravolas, M. (2016). *Evaluation of the Bangor Dyslexia Test (BDT) for use with Adults*. DYSLEXIA, 22, 27-46. doi:10.1002/dys.1520
- Ridsdale, J. (2004). *Dyslexia and Self-Steem*. Em Turner, M., et Rack, J. The Study of Dyslexia. New York: Kluwer Academic publishers.
- Rosen, S. (1999). *Language disorders: A problem with auditory processing?* Current Biology, 9 (18), 698-700. Obtido de [http://dx.doi.org/10.1016/S0960-9822\(99\)80443-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0960-9822(99)80443-6).

Rosenberg, M. (1986). *Self-concept from middle childhood through adolescence*. In J. Suls & A. Greenwald (Eds.), *Psychological perspective on the self* (V.3, pp. 107-135). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sako, E. (2016). *The Emotional and Social Effects of Dyslexia*. *European Journal of Interdisciplinary Studies*, 4 (2), 233-241.

Saraiva, J. P., Rêgo, C., Nunes, M. G., et Ferreira, S. (2012). *Dislexia: Teorias Explicativas*. II Seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos. (pp. 591-600). Braga

Scarborough, H. S. (1990). *Very early language deficits in dyslexic children*. *Child Development*. (pp.61).

Schirmer, C. R., Fontura, D. R., et Nunes, M. L. (2004). *Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem*. *Jornal de Pediatria*, 80 (20), 95-103.

Schumacker, R., et Lomax, R. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling (3rd ed.)*. New York: Routledge.

Serniclaes, W., Van Heghe, S., Mousty, P., Carré, R., et Sprenger Charolles, L. (2004). *Allophonic mode of speech perception in dyslexia*. *Journal of Experimental Child Psychology*, 336-361.

Serra, A. (1988). *Cadernos de Consulta Psicológica*. *Análise Psicológica*, VI (2), pp. 101-110.

Shavelson, R., Hubner, J., et Stanton, J. (1976). *Self-concept: Validation of construct interpretations*. *Review of Educational Research*, 46, 407-411.

Shaywitz, S. E., Fletcher, J. M., Holahan, J. M., Shneider, A. E., Marchione, K. E., Stuebing, K. K., Shaywitz, B. A. (1999). *Persistence of dyslexia: The Connecticut longitudinal study at adolescence*. *Pediatrics*, 104 (6), (pp. 1351-1359).

Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Pugh, K. R., Mencl, W. E., Fulbright, R. K., Skudlarski, P., Gore, J. C. (2002). *Disruption of posterior brain systems for reading in children with developmental dyslexia*. *Society of Biological Psychiatry*, 52, (pp.101-110).

Shaywitz, S. E., et Shaywitz, B. A. (2005). *Dyslexia (Specific Reading Disability)*. *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1301-1309. doi:10.1016/j.biopsych.2005.01.043

Siegel, L. S. (2006). *Perspectives on dyslexia*. *Pediatrics and Child Health*, 581-587.

Silva, E. (2012). *A autoestima em crianças com dislexia* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.

Simões, M. F. et Serra, A. (1987). *A importância do auto-conceito na aprendizagem escola*. Separata da Revista Portuguesa de Pedagogia.

Simões, M. F. (2001). *O Interesse do Auto-conceito em Educação*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.

Shaywitz, S. E., Morris, R. et Shaywitz, B. A. (2008). *The education of dyslexic children from childhood to young adulthood*. *Annual Review of Psychology*, 451-475.

Sternberg, R. J. (2008). *Psicologia Cognitiva (4ª ed)*. Porto Alegre: Artmed.

Sternberg, R. J., et Sternberg, K. (2012). *Cognitive Psychology (6 ed.)*. USA: Wadsworth Cengage Learning.

Stevanato, I. L. (2003). *Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento*. *Psicologia em Estudo*, 67-76.

Swanson, H. L. et Hsieh, C.J. (2009). *Reading disabilities in adults: A selective meta-analysis of the literature*. *Review of Educational Research*, 1362-1390.

Tabaquim, M. D. (2016). *Concepção de professores do ensino fundamental sobre dislexia do desenvolvimento*. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 131-146.

Tallal, P., Miller, S., et Fitch, R. H. (1993). *Neurobiological basis of speech: A case for the Preeminence of temporal processing*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 27 - 47.

Tannock R. (2005). *Learning disorders*. In: Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., eds. Kaplan et Sadock's: comprehensive textbook of Psychiatry. 8ª Ed. Vol. 2. Philadelphia: Lippincott Williams et Wilkins.

Teles, P. (2004). *Dislexia: Como Identificar? Como Intervir?* *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 713-728.

Vaessen, A., Bertrand, D., Tóth, D., Csépe, V., Faisca, L., Reis, A. et Blomert, L. (2010). *Cognitive Development of fluent word reading not qualitatively differ between transparent and opaque orthographies*. *Journal of Educational Psychology*, 827-842.

Vale, A., Sucena, A., et Viana, F.. (2011). *Prevalência da dislexia entre Crianças do 1º ciclo do Ensino Básico Falantes do Português Europeu*. *Revista Lusófana de Educação*, 45-46.

Vaz-Serra, A. (1986). *O "Inventário Clínico de Auto-Conceito"*. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.

Vidyasagar, T. R. et Pammer, K. (2010). *Dyslexia: a deficit in visual-spatial attention, not in phonological processing*. *Trends in Cognitive Sciences*, 27-63.

Vogler, G.P., DeFries, J.C., Decker, S.N. (1995). *Family history as an indicator of risk for reading disability*. *Journal of Learning Disability*, 18, 419-421.

Vukovic, R. K., Wilson, A. M., et Nash, K. K. (2004). *Naming speed deficits in adults with reading disabilities: a test of the double-deficit hypothesis*. *Journal of Learning Disabilities*, 440-450.

Willcutt, E. P. (2007). *Understanding comorbidity: a twin study of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder*. *American Journal of Medical Genetics*, 709-714.

Zilk, P., Bartošová, I. K., Víšková, K. J., Havlíčková, K., Kučírková, A., Navrátilová, J., et Zetková, B. (2015). *The possibilities of ICT use for compensation of difficulties with reading in pupils with dyslexia*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 176, 915 - 922.

Zorzi, J. (2006). *Crianças disléxicas: tratamento com fono ajuda na escola*. *Revista da Fonoaudiologia*.

<http://www.webartigos.com/artigos/dislexiacausatratamento/79757/#ixzz4uw2hPED>

J

www.institutoabcd.org.br/portal/arquivos/1357146153_dislexia_em_adultos.pdf