Rev Bras Psiquiatr. 2012;34(Supl1):S69-S80

ELSEVIER

Revista Brasileira de Psiquiatria
RBPPsychiatry
Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association
Volume 34 • Supplement 1 • June/2012



ARTIGO

Eventos negativos na infância e ansiedade social em estudantes universitários

Cynthia Binelli,[1,2] Ana Ortiz,[3] Armando Muñiz,[2,3] Estel Gelabert,[2,4] Liliana Ferraz,[2,3] Alaor S. Filho,[5,6] José Alexandre S. Crippa,[5,6] Antonio E. Nardi,[6,7] Susana Subirà,[2] Rocío Martín-Santos[3,4,6]

[1] Departamento de Psiquiatria, Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, Espanha
[2] Departamento de Psicologia Clínica e da Saúde, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, Espanha
[3] Departamento de Psiquiatria e Psicologia, Instituto de Neurociência, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM; Departamento de Psiquiatria e Psicobiologia Clínica, Universitat de Barcelona, Barcelona, Espanha
[4] Departamento de Neuropsicofarmacologia, IMIM-Hospital del Mar, Barcelona, Espanha
[5] Departamento de Neurociências e Comportamento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP-RP), Brasil
[6] Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Translacional em Medicina (INCT-TM, CNPq), Brasil
[7] Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

DESCRITORES:
Eventos Negativos na Infância;
Adversidades na Infância;
Violência Familiar;
Ansiedade Social;
Escala de Liebowitz para Ansiedade.

Resumo

Introdução: Existem evidências substanciais sobre o impacto de eventos negativos da vida durante a infância na etiologia dos transtornos psiquiátricos. Examinamos a associação entre os eventos negativos ocorridos na infância e a ansiedade social em uma amostra de 571 estudantes universitários espanhóis. *Métodos*: Em um estudo transversal realizado em 2007, foram coletados os dados de variáveis sociodemográficas, história psiquiátrica pessoal e familiar e abuso de substâncias por meio de um questionário semiestruturado e avaliamos cinco eventos negativos ocorridos na infância: (i) a perda de alguém próximo, (ii) abuso emocional, (iii) abuso físico, (iv) violência familiar e (v) abuso sexual. Todos os participantes preencheram a escala de Liebowitz para ansiedade social. *Resultados*: A média (DP) de idade foi de 21 anos (4,5); 75% eram do sexo feminino; o escore na LSAS foi 40 (DP = 22); 14,2% tinham história psiquiátrica familiar e 50,6% tiveram eventos negativos durante a infância. A análise de regressão linear, após o controle para idade, sexo e história psiquiátrica familiar, mostraram associação positiva entre violência familiar e escore de ansiedade social ($p = 0,03$). Nenhum dos fatores estressores restantes produziu aumento significativo no escore da LSAS ($p > 0,05$). *Conclusão*: Os estudantes universitários com altos níveis de ansiedade social apresentaram prevalência maior de eventos negativos precoces. Portanto, a violência familiar na infância pode ser um fator de risco para ansiedade social em tal população.

Correspondência para: Rocío Martín-Santos, MD, PhD; Chefe de Seção do Departamento de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, IDIBAPS, CIBERSAM, Departamento de Psiquiatria e Psicobiologia Clínica da Universidad de Barcelona. Villarroel, 170, 08036-Barcelona, Espanha. Tel.: +33932275400, Fax: +33932275548. E-mail: rmsantos@clinic.ub.es

1516-4446 - ©2012 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

Na última década, um número crescente de estudos sugeriu que os eventos negativos da vida ocorridos durante a infância seriam fatores de risco que levam à psicopatologia na vida adulta.[1-3] Tradicionalmente, os eventos traumáticos, como o abuso sexual, foram estudados em pacientes com transtorno de estresse pós-traumático.[4] Pesquisas anteriores já produziram evidência considerável de associação entre os transtornos de ansiedade/afetivos e as adversidades na infância.[5-8] Além disso, as publicações recentes se dedicaram ao impacto das adversidades na infância sobre o início, a persistência e o comprometimento funcional dos transtornos psiquiátricos.[9-11] Apesar do crescente interesse por esse fenômeno, pouco se sabe a respeito do efeito dos eventos negativos na infância sobre a ansiedade social.

O impacto psiquiátrico das adversidades parece ter início durante a infância.[12] Recentemente, um estudo[13] apresentou uma associação entre exposição à violência e sintomas psicopatológicos em crianças em idade pré-escolar, mesmo quando outros fatores importantes, incluindo desvantagem econômica, humor dos pais e sintomas de ansiedade, foram estatisticamente controlados. Um estudo de 1.364 crianças adotadas descobriu que aquelas que sofreram adversidades antes da adoção apresentaram risco maior de transtornos do humor, de ansiedade e de uso de substâncias na idade adulta.[14] Esse resultado sugere que, mesmo quando as adversidades ocorrem durante um curto período, o risco persiste na idade adulta. De acordo com esse achado, um estudo prospectivo de 45 anos que coletou dados sobre uma ampla gama de adversidades da vida de indivíduos de 7, 11 e 16 anos de idade e que avaliou as psicopatologias na vida adulta e na meia-idade sugeriu que a associação desse risco não diminui ao longo do curso da vida.[15]

Embora os mecanismos e vias que conectam os eventos negativos da vida e a psicopatologia não estejam esclarecidos e sejam obviamente complexos, os fatores neurobiológicos podem exercer papéis fundamentais.[16] Como o desenvolvimento inicial do cérebro é constantemente modificado pelas influências ambientais, é razoável acreditar que certas experiências adversas podem afetar o funcionamento e desenvolvimento futuros de uma criança. Há uma hipótese de que o eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal e o fator liberador de corticotropina sejam desregulados após eventos traumáticos na infância.[17,18] Esses dados destacam a importância de identificar tais fatores de risco e investigar como eles estão relacionados à etiologia dos transtornos psiquiátricos.

A ansiedade social é caracterizada por um medo acentuado e persistente de uma ou mais situações ou desempenhos sociais nos quais a pessoa é exposta a pessoas desconhecidas ou à possível avaliação dos outros. Em sua forma mais grave, o transtorno de ansiedade social é um dos transtornos de ansiedade mais comuns, com uma prevalência que varia de 7% a 10%.[7,19-21] Há evidência de que os eventos negativos da vida podem exercer um papel no desenvolvimento do transtorno de ansiedade social. Por exemplo, em uma amostra representativa da população dos EUA,[22] a relação entre experiências traumáticas crônicas durante a infância e o início de agorafobia, fobia específica e fobia social foi investigada. Observou-se que a agressão verbal e a agressão sexual por um parente exercem efeitos singulares sobre a fobia social. Além disso, em um estudo canadense com base na comunidade populacional,[23] uma relação positiva foi observada entre o transtorno de ansiedade social e uma grande variedade de adversidades na infância, incluindo história familiar de transtornos mentais e de abuso físico e sexual na infância. Mais recentemente, a partir de dados do *Netherlands Study of Depression and Anxiety*,[24] um estudo examinou a especificidade das adversidades na infância e os eventos negativos da vida entre os transtornos de ansiedade e depressivos. Os autores observaram que a negligência emocional estava especificamente associada ao transtorno de ansiedade social, a transtornos depressivos e distimia, de acordo com os registros de dados anteriores de pacientes psiquiátricos ambulatoriais.[25]

O presente trabalho investigou a associação entre os sintomas de ansiedade social medidos pela escala de Liebowitz para ansiedade social (LSAS)[26] e os primeiros eventos negativos da vida – (i) perda de alguém próximo, (ii) abuso emocional, (iii) abuso físico, (iv) violência familiar e (v) abuso sexual – em um estudo transversal de estudantes universitários. O nosso foco esteve especificamente na população estudantil universitária porque ela é composta de jovens adultos na faixa etária em que a ansiedade social se desenvolveu em 80% dos casos.[27] Presume-se que os primeiros eventos negativos da vida estejam associados à ansiedade social em estudantes universitários.

Métodos

Amostra e procedimento

Este foi um estudo transversal de estudantes universitários conduzido em 2007. Foram selecionados 581 estudantes universitários, de ambos os sexos, da Universidad Autonoma de Barcelona (UAB). Dez participantes foram excluídos por não preencherem corretamente os instrumentos. Portanto, a amostra final foi composta por 571 participantes. Os estudantes foram recrutados por meio de um anúncio que foi distribuído em diferentes locais do *campus* universitário. Os participantes receberam um pequeno pagamento pela participação. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade.

Após serem informados da natureza do estudo, todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado. Um questionário sociodemográfico, uma avaliação da história familiar de transtornos psiquiátricos, um questionário sobre os eventos negativos da vida e a LSAS foram administrados a todos os participantes.

Medidas

Um questionário semiestruturado que incluíu variáveis sociodemográficas foi formulado *ad hoc* pela equipe de pesquisa usando perguntas que foram dicotomicamente codificadas como "ausentes" ou "presentes". Uma história familiar de transtornos psiquiátricos foi especificamente avaliada para cada membro da família de primeiro grau (0 = ausente, 1 = provável; 2 = presente; 4 = desconhecido). Somente as categorias "presentes" foram consideradas evidências de história familiar positiva para transtornos psiquiátricos.

Os eventos negativos da vida foram avaliados retrospectivamente usando-se cinco perguntas fechadas sobre os primeiros eventos adversos da vida. Os participantes foram questionados

se haviam experimentado um dos seguintes eventos antes dos 18 anos de idade: perda de alguém próximo, (ii) abuso emocional (comunicação verbal com a intenção de humilhar ou degradar a vítima), (iii) abuso físico (contato físico, restrição ou confinamento com a intenção de magoar ou ferir), (iv) violência familiar ou (v) abuso sexual (contato sexual indesejado realizado exclusivamente para a satisfação do agressor ou com o propósito de dominar ou degradar a vítima). As respostas foram dicotomicamente codificadas como ausentes ou presentes. O número total dos primeiros eventos adversos da vida foi registrado. Fizemos um estudo de confiabilidade teste-reteste das cinco perguntas fechadas em uma amostra de 186 estudantes universitários que foram reavaliados entre um e dois meses, e os resultados mostraram que a estatística kappa variou entre 0,80 e 1,00.

A ansiedade social foi avaliada usando-se a versão validada em língua espanhola da LSAS.[26,28] Essa versão contém 24 itens, e cada um deles descreve uma situação social diferente. A LSAS avalia a gravidade da ansiedade e da evitação social em uma ampla variedade de situações sociais típicas. Os escores de medo baseiam-se em quanto medo ou ansiedade os pacientes sentem em tais situações sociais, medido pela escala de Likert (0 = nunca, 1 = ocasionalmente, 2 = frequentemente, 3 = quase sempre). É um dos instrumentos mais usados para avaliar a ansiedade e demonstra propriedades psicométricas satisfatórias para a pesquisa e para fins clínicos. A versão validada em espanhol da LSAS mostrou bom nível de consistência interna (r = 0,61-0,93); a análise ROC entre os indivíduos com fobia social e controles saudáveis foi AAC = 0,95-0,99) e a correlação intraclasse mostrou um bom nível de reprodutibilidade (ICC = 0,63).[28] Para descrever a amostra nós, usamos o corte proposto pelo RR para triagem positiva para transtorno de ansiedade social (escore LSAS > 60).[29]

Análise estatística

Frequências absolutas e relativas foram usadas para descrever as variáveis qualitativas. Para as variáveis quantitativas, as médias e desvios-padrão foram calculados. Para as análises univariadas, o teste do qui-quadrado e o teste *t* de Student foram usados para as variáveis qualitativas e quantitativas, respectivamente. A análise de correlação de Pearson foi usada para verifivar se os cinco primeiros eventos negativos da vida estavam associados entre si. Para examinar a associação entre os eventos negativps da vida e os escores de ansiedade social, uma análise de regressão linear foi realizada, ajustada de acordo com idade, sexo e história psiquiátrica familiar.

As análises dos dados foram realizadas usando-se o pacote estatístico do *software* SPSS 17 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

Resultados

Análise univariada e descritiva

A média de idade da amostra foi de 21 anos (DP = 4,5); 75% eram mulheres. A frequência de história psiquiátrica familiar foi de 14%. Noventa e oito por cento dos participantes eram brancos. O escore médio da LSAS foi 40 (DP = 22, mediana = 35; variação = 1-116). Na amostra total, 50,6% dos estudantes tiveram um evento negativo durante a infância (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra a relação entre cada evento negativo da vida. A maioria dos coeficientes de correlação estatisticamente significativa apresentou uma associação positiva fraca (r = 0,3-0,7) ou pouca ou nenhuma associação (r = 0,3-0,3).[30]

Associação entre o escore total de LSAS e os eventos negativos da vida

As análises de regressão linear para determinar a associação entre os eventos negativos da vida e o escore de ansiedade social estão apresentadas na Tabela 3. Houve associação positiva entre a violência familiar e o escore de ansiedade social depois de controlarmos estatisticamente para outros eventos negativos, tais como idade, sexo e história psiquiátrica familiar. Os indivíduos que sofreram violência familiar

Tabela 1 Características e comparação da amostra universitária (N = 571)

	Amostra total N = 571	LSAS > 60 * N = 112	LSAS = 0-30** N = 231	Valor p
Idade: média (DP)	21 (4,5)	21,3 (3,9)	22,5 (5,6)	0,069
Mulheres: N (%)	427 (74,8)	88 (78,6)	166 (71,9)	0,052
Homens: N (%)	144 (25,2)	24 (21,4)	65 (28,1)	0,052
História psiquiátrica familiar: N (%)	81 (14,2)	19 (16,9)	23 (9,9)	0,001
Escore LSAS: média (DP)	40 (22)	77,4 (13,4)	20,2 (6,9)	0,000
Nº de eventos na infância: média (DP)	0,64 (0,79)	0,84 (1)	0,45 (0,58)	0,001
Perda de alguém próximo: N (%)	226 (39,9)	46 (38)	75 (62)	0,118
Abuso emocional: N (%)	77 (13,5)	23 (54,8)	19 (45,2)	0,000
Abuso físico: N (%)	20 (3,5)	8 (72,7)	3 (27,3)	0,004
Violência familiar: N (%)	23 (4)	11 (78,6)	3 (21,4)	0,000
Abuso sexual: N (%)	22 (3,9)	6 (60)	4 (40)	0,061

LSAS: Escala de Liebowitz para Ansiedade Social; * LSAS > 60: triagem positiva para transtorno de ansiedade; **LSAS = 0-30: triagem positiva para ausência de transtorno de ansiedade.[29]

Tabela 2 Correlações entre cinco eventos negativos na infância

	Perda de alguém próximo	Abuso emocional	Abuso físico	Violência familiar	Abuso sexual
Perda de alguém próximo	---	0,005	0,119**	-0,002	0,043
Abuso emocional	0,005	---	0,371**	0,232**	0,134**
Abuso físico	0,119**	0,371**	---	0,349**	0,011
Violência familiar	-0,002	0,232**	0,349**	---	0,098*
Abuso sexual	0,043	0,134**	0,011	0,098*	---

*p < 0,05; **p < 0,01.

Tabela 3 Associação entre os eventos negativos na infância e o escore total na Escala de Liebowitz para Ansiedade Social

	Coeficiente de regressão β*	t	Valor p	95% IC	
Perda de alguém próximo	2,164	1,124	0,261	-1,61	5,94
Abuso emocional	7,718	1,338	0,181	-3,61	19,0
Abuso físico	3,653	1,221	0,223	-2,22	9,52
Violência familiar	12,03	2,17	0,030	1,97	21,3
Abuso sexual	3,314	0,673	0,502	-6,36	12,9

* Ajustado para as variáveis: idade, sexo e história psiquiátrica familiar positiva.

apresentaram aumento de 12 pontos no escore total da LSAS (p = 0,03, IC 95% = 1,97-21,3). Nenhum dos fatores estressores restantes produziu aumento significativo no escore da LSAS.

Discussão

O objetivo principal deste estudo foi investigar a associação entre os eventos negativos da vida durante a infância e o transtorno de ansiedade social na vida adulta por meio de uma escala de ansiedade social. Descobrimos que somente a violência familiar foi associada à ansiedade social, mesmo após o controle para idade, sexo e história psiquiátrica familiar. Perda de alguém próximo, abuso emocional, abuso físico e abuso sexual antes dos 18 anos de idade não foram associados à ansiedade social em nossa amostra de estudantes universitários.

Estudos anteriores demonstraram que a violência familiar está associada ao início, persistência e comprometimento funcional dos desfechos psiquiátricos (no *National Comorbidity Survey*, nos EUA), com um impacto considerado forte sobre os transtornos de ansiedade.[9-11] Além disso, há relato recente de que a disfunção familiar é forte preditivo do surgimento de psicopatologia durante a vida útil de uma amostra da população mexicana.[31] Esse estudo descobriu uma associação entre violência familiar e ansiedade social. Um estudo prévio[22] mostrou que a agressão verbal entre pais, o que é um subtipo de violência familiar, tem efeitos negativos sobre a ansiedade social. Em contraste com a literatura anterior,[21,22] os resultados presentes não mostram que o abuso emocional está associado à ansiedade social. Uma explicação possível para a falta de tal associação é o fato de que o presente estudo não considerou a persistência, a recidiva, a gravidade e o impacto subjetivo do abuso emocional, que podem exercer papel crucial nessa associação. Na presente amostra, a violência familiar teve fraca correlação positiva com o abuso emocional, físico e sexual. No entanto, este estudo não pode responder se esse primeiro evento negativo da vida está ou não especificamente associado à ansiedade social ou à psicopatologia em geral na vida adulta. Contudo, alguns autores sugeriram que adversidades específicas podem contribuir para transtornos psiquiátricos específicos,[24] enquanto outros sugeriram que as adversidades na infância são fatores de risco inespecíficos para a psicopatologia no adulto.[25,32]

Este estudo tem algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas. Os resultados não podem ser generalizados para a população em geral, pois a amostra foi composta apenas de estudantes universitários. A natureza retrospectiva de avaliar os eventos negativos da vida pode ser afetada por viés de memória. No entanto, há algumas evidências de que a probabilidade de ocorrer subnotificação de maus-tratos na infância é maior que a ocorrência de sobrenotificação.[33] Além disso, seria interessante pesquisar a negligência emocional na infância.[24,34] Como medimos a ansiedade social usando uma escala de avaliação (LSAS), um diagnóstico clínico (DSM-IV) teria sido um segundo passo necessário para extrapolar os resultados para pessoas com transtorno de ansiedade social generalizada e controlar para outros transtornos psiquiátricos. No entanto, o ponto de corte da LSAS para fobia social vem mostrando ter consideráveis propriedades psicométricas para identificar indivíduos com transtorno de ansiedade social.[29] Finalmente, devemos reconhecer que, dado o desenho transversal do presente estudo, não podemos chegar a nenhuma conclusão sobre o efeito causal dos eventos negativos da vida sobre a ansiedade social. É evidente que nem todas as crianças que sofrem eventos negativos desenvolvem problemas de saúde mental mais tarde na vida. As variáveis de confusão que não foram medidas, tais como características genéticas, traços de personalidade e fatores de resiliência, podem influenciar e/ou mediar essa associação.[35-37]

Esses resultados podem ter implicações clínicas e epidemiológicas. Por um lado, considerando que a violência familiar é inaceitável, mas real em muitos países,[38] é claro que

as pesquisas futuras precisam ter como foco a prevenção na infância e programas de intervenção para evitar psicopatologias, como o transtorno de ansiedade social, na idade adulta. A realização de estudos epidemiológicos é o primeiro passo para determinar onde concentrar nossos esforços. Por outro lado, um número considerável de estudantes universitários têm problemas de ansiedade social.[39] Portanto, a população universitária é uma fonte importante para a detecção e tratamento precoces do transtorno de ansiedade social. É necessário enfatizar que, apesar da incapacidade e constrangimento associados à ansiedade social,[40] os indivíduos com esse transtorno geralmente só procuram tratamento após conviverem 15-20 anos com os sintomas.[41] Finalmente, sabe-se que as taxas de comorbidades psiquiátricas e o comprometimento da função psicossocial aumentam progressivamente ao longo do curso do transtorno de ansiedade social.[42]

Em resumo, os resultados apresentados ressaltam a importância de incluir a violência familiar quando se estudam os fatores de risco na infância que contribuem para a ansiedade social em estudantes universitários. Estudos futuros que abordem essas questões ainda são necessários e desejáveis.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os estudantes universitários da UAB que participaram do estudo. Agradecemos também a P. Castellví e A.B. Fagundo, que participaram da administração do protocolo aos participantes. O estudo foi financiado por doações do Instituto Carlos III (GO3/184) e SGR2009/1435. JASC (1B) e AEN (1A) receberam um Prêmio de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

Declarações

Cynthia Binelli
Emprego: *Departamento de Psiquiatria. Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, Espanha; Departamento de Psicologia Clínica e da Saúde, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, Espanha.*
Ana Ortiz
Emprego: *Departamento de Psiquiatria e Psicologia. Instituto de Neurociência. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM; Departamento de Psiquiatria e Psicobiologia Clínica, Universitat de Barcelona, Barcelona, Espanha.*
Armando Muñiz
Emprego: *Departamento de Psicologia Clínica e da Saúde, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, Espanha; Departamento de Psiquiatria e Psicologia. Instituto de Neurociência. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM, e Departamento de psiquiatria e psicobiologia Clínica, Universitat de Barcelona, Barcelona, Espanha.*
Estel Gelabert
Emprego: *Departamento de Psicologia Clínica e da Saúde, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, Espanha; Departamento de Neuropsicofarmacologia. IMIM-Hospital del Mar, Barcelona, Espanha.*
Liliana Ferraz
Emprego: *Departamento de Psicologia Clínica e da Saúde, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, Espanha; Departamento de Psiquiatria e Psicologia. Instituto de Neurociência. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM, e Departamento de Psiquiatria e Psicobiologia Clínica, Universitat de Barcelona, Barcelona, Espanha.*
Alaor S. Filho
Emprego: *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP-RP); Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Translacional em Medicina (INCT-TM, CNPq), Brasil.*
José Alexandre S. Crippa
Emprego: *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP-RP); Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Translacional em Medicina (INCT-TM, CNPq), Brasil.* **Subsídio para pesquisa***: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP***, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)***; Coordenação para Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)**; FAEPA* e SGR 2009/1435.*
Antonio E. Nardi
Emprego: *Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Translacional em Medicina (INCT-TM, CNPq), Brasil; Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil*
Susana Subirà
Emprego: *Departamentos de Psicologia Clínica e da Saúde, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, Espanha.*
Rocío Martín-Santos
Emprego: *Departamentos de Psiquiatria e Psicologia. Instituto de Neurociência. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM; Departamento de Psiquiatria e Psicobiologia Clínica da Universidade de Barcelona; Departamento de Neuropsicofarmacologia. IMIM-Hospital del Mar, Barcelona, Espanha. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Translacional em Medicina (INCT-TM, CNPq), Brasil.* **Subsídio para pesquisa:** *Instituto de Carlos III: G03/184 e SGR 2009/1435.*
** Modesto*
*** Significante*
**** Significante: Valores doados à instituição dos autores ou a um colega para a pesquisa na qual o autor tem participação, não diretamente ao autor.*

Referências

1. Cohen P, Brown J, Smaile E. Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. Develop Psychopathol. 2001;13(4):981-99.
2. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. Am J Psychiatry. 2003;160(8):1453-60.
3. Seganfredo AC, Torres M, Salum GA, Blaya C, Acosta J, Eizirik C, Manfro GG. Gender differences in the associations between childhood trauma and parental bonding in panic disorder. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(4):314-21.
4. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. J Psychology. 2001;135(1):17-36.
5. Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. Acta Psychiatr Scand. 2010;122(1):66-74.
6. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(10):953-9.
7. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorders in the US National Comorbidity Survey. Psychol Medicine. 1997;27(5):1101-9.
8. Phillips NK, Hammen CL, Brennan PA, Najman JM, Bor W. Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. J Abnormal Child Psychology. 2005;33(1):13-24.
9. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(2):113-23.
10. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication II: associations with persistence of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry. 2010(a);67(2):124-32.
11. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) III: associations with functional impairment related to DSM-IV disorders. Psychol Med. 2010(b);40(5):847-59.
12. Flouri E, Mavroveli S,Tzavidis N. Modeling risks: effects of area deprivation, family socio-economic disadvantage and adverse life events on young children's psychopathology. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45(6):611-9.

13. Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Clark R, Augustyn M, McCarthy KJ, Ford JD. Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. J Child Psychol Psychiatry. 2010;51(10):1132-40
14. Van der Veg TEJ, Tieman W, Van der Ende J, Ferdinand RF, Verhulst FC, Tiemeier H. Impact of early childhood adversities on adult psychiatric disorders: a study of international adoptees. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009;44(9):724-31.
15. Clark C, Caldwell T, Power C, Stansfeld SA. Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. An Epidemiol. 2010;20(5):385-94.
16. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain-a review. J Child Psychol Psychiatry. 2000;41(1):97-116.
17. Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH. Childhood maltreatment and adult psychopathology: pathways to hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction. Rev Bras Psiquiatr. 2009;Suppl 2:S41-48.
18. Elzinga BM, Spinhoven P, Berretty ED, Dejong P, Roelof SK. The role of childhood abuse in HPA-axis reactivity in Social Anxiety Disorder: A pilot study. Biol Psychology. 2010;83 (1):1-6.
19. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):617-27.
20. Furmark T. Social phobia: overview of community surveys. Acta Psychiatr Scand. 2002;105(2):84-93.
21. Stein MB, Torgrud LJ, Walker JR. Social phobia symptoms, subtypes and severity: findings from a community survey. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(11):1046-52.
22. Magee WJ. Effects of negative life experiences on phobia onset. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1999;34(7):343-51.
23. Chartier MJ, Walker JR, Stein MB. Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. Psychol Med. 2001;31(2):307-15.
24. Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens JG, Roelofs K, Zitman FG, van Oppen P, Penninx BW. The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. J Affec Disord. 2010;126(1-2):103-12.
25. Gibb BE, Chelminsk I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. Depress Anxiety. 2007;24(4):256-63.
26. Liebowitz MR. Social Phobia. Modern Problems in Pharmacopsychiatry. 1987;22:141-73.
27. Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. Lancet. 2008;371(3):1115-25.
28. Bobes J, Badia X, Luque A, Garcia M, Gonzalez MP, Dal-re R. Validation of the Spanish version of the Liebowitz social anxiety scale, social anxiety and distress scale and Sheehan disability inventory for the evaluation of social phobia. Med Clin (Barc). 1999;24(14):530-8.
29. Rytwinski NK, Fresco DM, Heimberg RG, Coles ME, Liebowitz MR, Cissell S, Stein MB, Hofmann SG. Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. Depress Anxiety. 2009;26(1):34-38.
30. Bisquerra Alzina R editor. Metodologia de la investigacion educativa. La Muralla, Madrid: 2009.
31. Benjeta C, Borgesa G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages. Childhood, adolescence and adulthood. J Psychiatr Res. 2010;44(11):732-40.
32. Bögels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB, Voncken M. Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. Depress Anxiety. 2010;27(2):168-89.
33. Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. J Child Psychol Psychiatry. 2004;45(2):260-73.
34. Kuo JR, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. J Anxiety Dis. 2011;25(4):467-73.
35. Alim TN, Feder A, Graves RE, Wan Y, Weaver J, Westphal M, Alonso A, Aigbogun NU, Smith BW, Doucette JT, Mellman TA, Lawson WB, Charney DS. Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population. Am J Psychiatry. 2008;165(12):1566-75.
36. Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. Child Abuse Negl. 2007;31(3):211-29.
37. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. Clin Psychol Rev. 2004;24(7):737-67.
38. Krug C, Mercy J, Dahlberg L, Zwi A. The world report on violence and health. Lancet. 2002;360(10):1083-8.
39. De Lima Osório F, Crippa JA, Loureiro SR. A study of the discriminative validity of a screening tool (MINI-SPIN) for social anxiety disorder applied to Brazilian university students. Eur Psychiatry. 2007;22(4):239-43.
40. Crippa JA. Does social phobia remain the 'Ugly Duckling' of anxiety disorders? Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(4):297-9.
41. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):629-40.
42. Filho AS, Hetem LAB, Ferrarl MCF, Trzesniak C, Martín-Santos R, Borduqui T, de Lima Osório F, Loureiro SR, Busatto Filho G, Zuardi AW, Crippa JA. Social anxiety disorder: what are we losing with the current diagnostic criteria? Acta Psychiatr Scand. 2010;121(3):216-26.