



Revista Brasileira de Psiquiatria

RBP Psychiatry

Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association
Volume 34 • Supplement 1 • June/2012



ARTICLE

Social anxiety and negative early life events in university students

Cynthia Binelli,^{1,2} Ana Ortiz,³ Armando Muñoz,^{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 Department of Psychiatry, Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, Spain.

² Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, Spain

³ Departments of Psychiatry and Psychology, Institute of Neuroscience. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM;
Department of Psychiatry and Clinical Psychobiology, University of Barcelona, Barcelona, Spain

⁴ Neuropsychopharmacology Programme, IMIM-Hospital del Mar, Barcelona, Spain

⁵ Neurosciences and Behavior Department, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP),
Universidade de São Paulo (USP-RP), Brazil

⁶ National Institute for Translational Medicine (INCT-TM, CNPq), Brazil

⁷ Laboratory of Panic and Respiration, Institute of Psychiatry, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brazil

DESCRIPTORS

Negative Early Life
Events;
Childhood Adversities;
Family Violence;
Social Anxiety;
Liebowitz Social
Anxiety Scale.

Abstract

Introduction: There is substantial evidence regarding the impact of negative life events during childhood on the aetiology of psychiatric disorders. We examined the association between negative early life events and social anxiety in a sample of 571 Spanish University students. **Methods:** In a cross-sectional survey conducted in 2007, we collected data through a semi-structured questionnaire of sociodemographic variables, personal and family psychiatric history, and substance abuse. We assessed the five early negative life events: (i) the loss of someone close, (ii) emotional abuse, (iii) physical abuse, (iv) family violence, and (v) sexual abuse. All participants completed the Liebowitz Social Anxiety Scale. **Results:** Mean (SD) age was 21 (4.5), 75% female, LSAS score was 40 (DP = 22), 14.2% had a psychiatric family history and 50.6% had negative life events during childhood. Linear regression analyses, after controlling for age, gender, and family psychiatric history, showed a positive association between family violence and social anxiety score ($p = 0.03$). None of the remaining stressors produced a significant increase in LSAS score ($p > 0.05$). **Conclusion:** University students with high levels of social anxiety presented higher prevalence of negative early life events. Thus, childhood family violence could be a risk factor for social anxiety in such a population.

Corresponding author: Rocío Martín-Santos, MD, PhD; Head of Section, Department of Psychiatry, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM; and Department of Psychiatry and Clinical Psychobiology, University of Barcelona, Spain. Phone: +33932275400, Fax: +33932275548. E-mail: rmsantos@clinic.ub.es

1516-4446 - ©2012 Elsevier Editora Ltda. Open access under CC BY-NC-ND license.

Introduction

In the past decade, a growing number of studies had proposed negative life events during childhood as risk factors that induce psychopathology in adulthood.¹⁻³ Traditionally, traumatic events, such as sexual abuse, have been studied in patients with post-traumatic stress disorder.⁴ Previous research has yielded considerable evidence of an association between affective/anxiety disorders and childhood adversities.⁵⁻⁸ Moreover, recent publications have focused on the impact of childhood adversities on the onset, persistence, and functional impairment of psychiatric disorders.⁹⁻¹¹ Despite the growing interest in this phenomenon, little is known about the effect of negative childhood events on social anxiety.

The psychiatric impact of adversities seems to begin during childhood.¹² Recently, one study¹³ found an association between exposure to violence and preschool psychopathology symptoms even when other key factors, including economic disadvantage, parenteral mood and anxiety symptoms, were statistically controlled. A study of 1,364 adoptees found that children who suffered adversities prior to adoption had an increased risk of anxiety, mood, and substance use disorders in adulthood.¹⁴ This result suggests that, even when adversities occur over a short period of time, the risk persists into adulthood. In agreement with this finding, a 45-year prospective study that collected data on a wide range of adversities in subjects' lives at 7, 11, and 16 years of age and evaluated adult and mid-life psychopathologies suggested that this risk association does not decrease throughout the life course.¹⁵

Although the mechanisms and pathways linking negative life events and psychopathology are unclear and obviously complex, neurobiological factors may play pivotal roles.¹⁶ Because early brain development is constantly modified by environmental influences, it is reasonable to believe that certain adverse experiences may affect a child's future development and functioning. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and corticotrophin-releasing factor are hypothesised to be deregulated following traumatic childhood events.^{17,18} These data highlight the importance of identifying such risk factors and investigating how they are related to the aetiology of psychiatric disorders.

Social anxiety is characterised by a marked and persistent fear of one or more social or performance situations in which the person is exposed to unfamiliar people or possible scrutiny by others. In the more severe form, social anxiety disorder is one of the most common anxiety disorders, with a prevalence ranging from 7% to 10%.^{7,19-21} There is some evidence that negative life events may play a role in the development of social anxiety disorder. For instance, in a representative sample of the US population,²² the relationship between chronic traumatic experiences during childhood and the onset of agoraphobia, specific phobia, and social phobia was investigated. It was observed that sexual assault by a relative and verbal aggression have unique effects on social phobia. In addition, in a Canadian population-based community study,²³ a positive relationship between social anxiety disorder and a wide range of childhood adversities was observed, including a parental history of mental disorders and childhood physical and sexual abuse. More recently, using data from the Netherlands Study of Depression and Anxiety,²⁴ one study examined the specificity of childhood adversities and negative life events across anxiety and depressive

disorders. The authors observed that emotional neglect was specifically associated with social anxiety disorder, depressive disorders, and dysthymia, supporting previous data recorded from psychiatric outpatients.²⁵

The present study investigated the association between social anxiety symptoms measured using the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)²⁶ and early negative life events - (i) the loss of someone close, (ii) emotional abuse, (iii) physical abuse, (iv) family violence, and (v) sexual abuse - in a cross-sectional survey of university students. We specifically focused on the university student population because it is composed of young adults with an age range by which social anxiety has developed in 80% of the cases.²⁷ We hypothesised that early negative life events would be associated with social anxiety in university students.

Methods

Sample and procedure

The study was a cross-sectional survey of university students conducted in 2007. We selected 581 university students of both genders from the Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Ten participants were excluded because they did not complete the instruments correctly. Thus, the final sample consisted of 571 participants. The students were recruited through an advertisement that was distributed at different locations on the university campus. Subjects received a small payment for participating. The study was approved by the university's Research Ethics Committee.

After being informed of the nature of the study, all participants provided written informed consent. A sociodemographic questionnaire, an assessment of family history of psychiatric disorders, a negative life event questionnaire, and the LSAS were administered to all participants.

Measures

A semi-structured questionnaire that included sociodemographic variables was designed *ad hoc* by the research team using questions that were coded dichotomously as "absent" or "present". A family history of psychiatric disorders was specifically assessed for each first-degree family member (0 = absent; 1 = probable; 2 = present; 4 = unknown). Only the "present" categories were considered evidence of a positive family history of psychiatric disorders.

Negative life events were assessed retrospectively using five closed questions regarding early adverse life events. Subjects were asked whether they had experienced one of the following life events before 18 years of age: (i) the loss of someone close, (ii) emotional abuse (verbal communication with the intention of humiliating or degrading the victim), (iii) physical abuse (physical contact, constraint, or confinement, with the intention to hurt or injure), (iv) family violence, or (v) sexual abuse (unwanted sexual contact performed solely for the gratification of the perpetrator or for the purposes of dominating or degrading the victim). These events were coded dichotomously as absent or present. The total number of early adverse life events was also registered. We did a test-retest reliability study of the five closed questions in a sample of 186 university students who were

re-evaluated between one and two months and the results showed that kappa statistics ranged between 0.80 and 1.00.

Social anxiety was assessed using the validated Spanish version of the LSAS.^{26,28} It consists of 24 items, each describing a different social situation. The LSAS evaluates the severity of anxiety and social avoidance in a wide range of typical social situations. The fear ratings are based on how much fear or anxiety the patient experiences in such social situations, measured by a Likert scale (0 = never; 1 = occasionally; 2 = often; 3 = usually). It is one of the most commonly used anxiety disorder rating instruments and demonstrates satisfactory psychometric properties for research and clinical purposes. The Spanish validated version of LSAS showed good level of internal consistency ($r = 0.61-0.93$), the ROC analysis between social phobia subjects and healthy controls was $AAC = 0.95-0.99$, and intra-class correlation showed a good level of reproducibility ($ICC = 0.63$).²⁸ To describe the sample we used the cut-off proposed by RR for positive screening for social anxiety disorder (LSAS score > 60).²⁹

Statistical analysis

Absolute and relative frequencies were used to describe the qualitative variables. For the quantitative variables, we calculated means and standard deviations. For the univariate analyses, we used the chi-square test and Student's *t*-test for the qualitative and quantitative variables, respectively. Pearson correlation analysis was used to explore whether the five negative early life events were associated with one another. To examine the association between negative life events and social anxiety scores, a linear regression analysis, adjusted according to age, gender, and family psychiatric history, was conducted.

The data analyses were carried out using the SPSS 17 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) statistical software package.

Results

Descriptive and univariate analysis

The mean age of the sample was 21 years (SD 4.5); 75% were women. The frequency of family psychiatric history was 14%. Ninety-eight percent of participants were Caucasian. The mean (SD) LSAS score was 40 (SD = 22; median = 35; range = 1 to 116). In the total sample, 50.6% of the students had a negative life event during childhood (Table 1).

Table 2 shows the relationship between each negative life event. Most of the statistically significant correlation coefficients showed either a weak positive association ($r = 0.3$ to 0.7) or little to no association ($r = -0.3$ to 0.3).³⁰

Association between LSAS total score and negative life events

The linear regression analyses to determine the association between negative life events and social anxiety score are presented in Table 3. There was a positive association between family violence and social anxiety score after we statistically controlled for other negative life events, such as age, gender, and family psychiatric history. Subjects who have experienced family violence had a 12-point increase in LSAS total score ($p = 0.03$; 95% CI = 1.97 to 21.3). None of the remaining stressors produced a significant increase in LSAS score.

Discussion

The primary goal of this study was to investigate the association between negative life events during childhood and social anxiety disorder in adulthood, using a social anxiety scale. We found that only family violence was associated

Table 1 Characteristics and comparison of the university sample (N = 571)

	Total sample N = 571	LSAS > 60 * N = 112	LSAS = 0-30** N = 231	p value
Age: mean (SD)	21 (4.5)	21.3 (3.9)	22.5 (5.6)	0.069
Female: N (%)	427 (74.8)	88 (78.6)	166 (71.9)	0.052
Male: N (%)	144 (25.2)	24 (21.4)	65 (28.1)	0.052
Family psychiatric history: N (%)	81 (14.2)	19 (16.9)	23 (9.9)	0.001
LSAS score: Mean (SD)	40 (22)	77.4 (13.4)	20.2 (6.9)	0.000
N# of early life events: mean (SD)	0.64 (0.79)	0.84 (1)	0.45 (0.58)	0.001
Loss of someone close: N (%)	226 (39.9)	46 (38)	75 (62)	0.118
Emotional abuse: N (%)	77 (13.5)	23 (54.8)	19 (45.2)	0.000
Physical abuse: N (%)	20 (3.5)	8 (72.7)	3 (27.3)	0.004
Family violence: N (%)	23 (4)	11 (78.6)	3 (21.4)	0.000
Sexual abuse: N (%)	22 (3.9)	6 (60)	4 (40)	0.061

LSAS: Liebowitz Social Anxiety Scale; * LSAS > 60: positive screening for social anxiety disorder; **LSAS = 0-30: positive screening for absent of social anxiety disorder.²⁹

Table 2 Correlations among five negative life events

	Loss of someone close	Emotional abuse	Physical abuse	Family violence	Sexual abuse
Loss of someone close	---	0.005	0.119**	-0.002	0.043
Emotional abuse	0.005	---	0.371**	0.232**	0.134**
Physical abuse	0.119**	0.371**	---	0.349**	0.011
Family violence	-0.002	0.232**	0.349**	---	0.098*
Sexual abuse	0.043	0.134**	0.011	0.098*	---

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.**Table 3** Association between negative early life events and total Liebowitz Social Anxiety Scale score

	Regression coefficient β^*	t	p value	95% CI	
Loss of someone close	2.164	1.124	0.261	-1.61	5.94
Emotional abuse	7.718	1.338	0.181	-3.61	19.0
Physical abuse	3.653	1.221	0.223	-2.22	9.52
Family violence	12.03	2.17	0.030	1.97	21.3
Sexual abuse	3.314	0.673	0.502	-6.36	12.9

* Adjusted for the variables: age, gender and a positive family psychiatric history.

with social anxiety, even after controlling for age, gender and family psychiatric history. The loss of someone close, emotional abuse, physical abuse and sexual abuse before 18 years of age were not associated with the presence of social anxiety in our sample of university students.

Previous studies have shown that family violence is associated with the onset, persistence, and functional impairment of psychiatric outcomes (in the National Comorbidity Survey in the USA), with a particularly strong impact on anxiety disorders.⁹⁻¹¹ Moreover, it was recently found that family dysfunction is a strong predictor of the onset of psychopathology throughout the lifetime of a Mexican population sample.³¹ This study found an association between family violence and social anxiety. A previous study²² demonstrated that verbal aggression between parents, which is a subtype of family violence, has negative effects on social anxiety. In contrast with previous literature,^{21,22} the present results did not show that emotional abuse is associated with social anxiety. One possible explanation for the lack of such an association is the fact that the present study did not consider the persistence, recurrence, severity, and subjective impact of emotional abuse, which may play a crucial role in this association. In the present sample, family violence had weak positive correlations with emotional, physical and sexual abuse. However, this study cannot answer whether this early life negative event is or is not specifically associated with social anxiety or general psychopathology in adulthood. Thus, some authors have suggested that specific adversities might contribute to specific psychiatric disorders,²⁴ whereas others have suggested that childhood adversities are nonspecific risk factors for adult psychopathology.^{25,32}

This study has some methodological limitations that must be considered. The results cannot be generalised to the general population, as the sample was only composed

of university students. The retrospective nature of assessing negative life events may be affected by recall bias. However, there is some evidence that the under-reporting of childhood maltreatment is more likely to occur than over-reporting.³³ Moreover, it would be interesting to explore childhood emotional neglect.^{24,34} Because we measured social anxiety using a rating scale (LSAS), a clinical diagnosis (DSM-IV) would have been a second necessary step to extrapolate the results to people with full-blown social anxiety disorder and control for other psychiatric disorders. However, the LSAS cut-off for social phobia has been shown to have considerable psychometric properties for identifying subjects with social anxiety disorder.²⁹ Finally, it should be acknowledged that, given the cross-sectional design of this study, we cannot make any conclusions about the causal effect of negative life events on social anxiety. It is evident that not all children who suffer negative life events develop mental health problems later in life. Unmeasured confounding variables, such as genetic features, personality traits, and resilience factors, may influence and/or mediate this association.³⁵⁻³⁷

These results may have clinical and epidemiological implications. On the one hand, considering that family violence is unacceptable, but real in many countries,³⁸ it is clear that future research needs to focus on childhood prevention and intervention programmes to prevent adulthood psychopathologies, such as social anxiety disorder. The first step in determining where to focus our efforts is to conduct epidemiological studies. On the other hand, a considerable number of university students have social anxiety problems.³⁹ This makes the university population an important source for early detection and treatment of social anxiety disorder. It is necessary to emphasise that, despite the disability and impairment associated with social anxiety,⁴⁰ individuals with this disorder usually only seek for treatment after 15-20 years of symptoms.⁴¹ Finally, it

is known that the rates of psychiatric comorbidities and the impairment of psychosocial function increase progressively over the course of social anxiety disorder.⁴²

In summary, the present results highlight the importance of including family violence when studying the childhood risk factors for social anxiety in university students. Future studies addressing these issues are still necessary and desirable.

Acknowledgements

We thank all the university students from the UAB who participated in the study. We also thank P. Castellví, and A.B. Fagundo, who participated in the administration of the protocol to the participants. The study was funded by grants from Instituto Carlos III (GO3/184) and SGR2009/1435. JASC (1B) and AEN (1A) are recipients of a CNPq Research Productivity Award.

Disclosures

Cynthia Binelli

Employment: Department of Psychiatry. Hospital Parc Taulí, Sabadell; Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, Spain.

Ana Ortiz

Employment: Departments of Psychiatry and Psychology. Neuroscience Institute. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM; Department of Psychiatry and Clinical Psychobiology, University of Barcelona, Barcelona, Spain.

Armando Muñiz

Employment: Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra; Departments of Psychiatry and Psychology. Neuroscience Institute. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM; Department of Psychiatry and Clinical Psychobiology, University of Barcelona, Barcelona, Spain.

Estel Gelabert

Employment: Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra; Neuropsychopharmacology Programme. IMIM-Hospital del Mar, Barcelona, Spain.

Liliana Ferraz

Employment: Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra; Departments of Psychiatry and Psychology. Neuroscience Institute. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM; Department of Psychiatry and Clinical Psychobiology, University of Barcelona, Barcelona, Spain.

Alaor S Filho

Employment: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP-RP); National Institute for Translational Medicine (INCT-TM, CNPq), Brazil.

José Alexandre S. Crippa

Employment: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP-RP); National Institute for Translational Medicine (INCT-TM, CNPq), Brazil. **Research Grant:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Foundation for Research Support of São Paulo, FAPESP***, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Brazilian Council for Scientific and Technological Development, CNPq***; Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel, Capes)**; FAEPA*, and SGR 2009/1435.

Antonio E Nardi

Employment: National Institute for Translational Medicine (INCT-TM, CNPq); Laboratory of Panic and Respiration, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brazil.

Susana Subirà

Employment: Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, Spain.

Rocío Martín-Santos

Employment: Departments of Psychiatry and Psychology. Neuroscience Institute. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM; Department of Psychiatry and Clinical Psychobiology, University of Barcelona; Neuropsychopharmacology Programme, IMIM-Hospital del Mar, Barcelona, Spain; National Institute for Translational Medicine (INCT-TM, CNPq), Brazil. **Research Grant:** Instituto de Carlos III: GO3/184 and SGR 2009/1435.

* Modest

** Significant

*** Significant: Amounts given to the author's institution or to a colleague for research in which the author has participation, not directly to the author.

References

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. *Am 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, Torgud 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 Osorio 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, Ferrar MCF, Trzesniak C, Martín-Santos R, Borduqui T, de Lima Osório F, Loureiro SR, Busatto Filho G, Zuadi AW, Crippa JA. Social anxiety disorder: what are we losing with the current diagnostic criteria? *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121(3):216-26.



Revista Brasileira de Psiquiatria

RBP Psychiatry

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 Muñoz,^{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

DESCRIPTORIOS:

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. Open access under CC BY-NC-ND license.

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 estudo¹³ 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 distímia, 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 Autònoma 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 incluiu 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 intraclassa 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 verificar se os cinco primeiros eventos negativos da vida estavam associados entre si. Para examinar a associação entre os eventos negativos 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

	Coefficiente 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 prévio²² 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 convivem 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.

Rocio 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: GO3/184 e SGR 2009/1435.

* Modesto

** Significante

*** Significante: Valores dados 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 Affect Disord*. 2010;126(1-2):103-12.
25. Gibb BE, Chelminski 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.