

ANSIEDADE E PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO: A FOBIA SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA

Trabalho académico realizado na unidade curricular “Psicopatologia do Desenvolvimento” -
Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa

2008

Filipa Rouxinol

Psicóloga, Especialidade Clínica e Saúde. Membro Efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Pós-Graduada em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais, Neuropsicologia Pediátrica, Intervenção Psicopedagógica em Contexto Escolar e Parentalidade e Educação Positiva. Psicoterapeuta em formação na Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Construtivistas

E-mail de contato:

filiparouxinol.psicologa@gmail.com

RESUMO

A adolescência é um período de transição desenvolvimento cheio de mudanças bio-psico-sociológicas, onde os relacionamentos interpessoais vão adquirindo cada vez mais importância. Ao longo de todo o processo é normal o adolescente sentir-se ansioso, contudo a ansiedade pode tornar-se patológica quando interfere com a sua qualidade de vida e com o seu desempenho diário. A ansiedade exagerada provocada pela possibilidade de se expor socialmente é denominada por Fobia social, muito comum neste período. O presente trabalho consiste numa revisão bibliográfica sobre a fobia social, assim como dos factores de risco, manutenção e protecção. No final, faz-se uma ligação entre esses mesmos factores e o período desenvolvimental em questão, à luz da psicopatologia do desenvolvimento.

Palavras-chave: ansiedade, psicopatologia, desenvolvimento, adolescência, fobia social.

Copyright © 2018.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



ANSIEDADE

As perturbações de ansiedade são comuns tanto nas crianças como nos adolescentes e podem persistir até à idade adulta (Castillo *et al*, 2000; Craig, Brown & Baum, 2000; Michaud & Fombonne, 2005). Nas crianças e adolescentes, as perturbações de ansiedade mais frequentes são: a perturbação de ansiedade de separação (4%), a perturbação de ansiedade generalizada (2,7/4,6%) e as fobias específicas (2,4/3,3%) (Castillo *et al*, 2000). De uma maneira geral, as perturbações ansiosas na infância e na adolescência apresentam um percurso crónico, embora flutuante ou episódico, se não forem correctamente tratadas (Castillo *et al*, 2000; APA, 2002; Elizabeth *et al*, 2006).

Ansiedade é um estado emocional que possui qualidade subjectiva sentida do medo ou de uma emoção muito próxima, sendo desagradável, negativa, dirigida ao futuro, exagerada relativamente à ameaça, implicando sintomas corporais subjectivos e manifestos (Joyce-Moniz, 1993; Castillo *et al*, 2000; Batista & Oliveira, 2005). É caracterizada pela ambiguidade da informação que está disponível e incerteza, por tensão ou desconforto derivado da antecipação de perigo ou de algo desconhecido (Castillo *et al*, 2000; Graziani, 2005).

A ansiedade, embora desagradável, facilita a adaptação ao permitir a mobilização de recursos físicos e psicológicos para enfrentar a ameaça, possibilitando transformações benéficas e a facilitação do desenvolvimento psicológico (Joyce-Moniz, 1993; Graziani, 2005). A ansiedade protege o indivíduo, ao favorecer atitudes de defesa, tendo por isso um papel motivador na vida diária. No entanto, a ansiedade patológica provoca um sofrimento verdadeiro para o indivíduo, pois influencia os processos de atribuição de sentido e de significado à experiência, introduzindo enviesamentos ou distorções perceptivas e de processamento da informação (Graziani, 2005; Amstadter, 2008; Haugaard, 2008).

A ansiedade passa a ser reconhecida como patológica quando é exagerada, desproporcional em relação ao estímulo e interfere com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (Elkin & Carter, 1999; Castillo *et al*, 2000; Stein & Gorman, 2001; Batista & Oliveira, 2005; Botelho, 2006; Elizabeth *et al*, 2006; Rao *et al*, 2007; Amstadter, 2008; Haugaard, 2008).

A ansiedade é então, um sintoma psiquiátrico extremamente comum, assim como uma emoção normal (Craig, Brown, & Baum, 2000), que é experienciada por todas as pessoas, em determinada altura das suas vidas (Elkin & Carter, 1999; Haugaard, 2008).

ADOLESCÊNCIA E FOBIA SOCIAL

A adolescência é um período de transição desenvolvimental entre a infância e a idade adulta, que abrange importantes mudanças inter-relacionadas ao nível físico, cognitivo e psicossocial (Papalia, Olds & Feldman, 2001; Sprinthall & Collins, 2003). Assim existe uma maior probabilidade de se desenvolver uma perturbação psicopatológica (Sprinthall & Collins, 2003; Michaud & Fombonne, 2005), que se pode manifestar através de comportamentos de internalização (ex. ansiedade e depressão) e comportamentos de externalização (ex. problemas de conduta) (Braet & Van Aken, 2006). Neste sentido, os comportamentos de internalização são mais característicos dos adolescentes do sexo feminino, e os comportamentos de externalização mais específicos dos adolescentes do sexo masculino (Axelson & Birmaher, 2001; Batista & Oliveira, 2005; Michaud & Fombonne, 2005; Laredo *et al*, 2007).

Os principais medos referidos pelos adolescentes são: falar em público, escrever em público, falar com pessoas do sexo oposto, ir a casas de banho públicas, comer ou beber em público e falar com pessoas de autoridade (Stein & Gorman, 2001; APA, 2002; Haugaard, 2008), quando estes medos são exagerados e interferem de modo negativo e incapacitante com a vida do adolescente desenvolve-se a Fobia Social. Isto é, tem medo de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, nas quais se expõem à observação dos outros e nas quais receiam comportar-se de forma humilhante ou embaraçosa; a exposição à situação receada provoca ansiedade elevada podendo assumir a forma de um ataque de pânico; essas situações são evitadas ou suportadas com ansiedade ou mal-estar intensos; e o adolescente tem consciência que o medo é irracional (APA, 2002).

A fobia social, é comum aparecer na fase desenvolvimental da adolescência (Muzina & El-Sayegh, 2001; APA; 2002; De'el Rey, Pacini & Chavira, 2005; Baptista, Carvalho & Lory, 2006; Gauer *et al*, 2006; Rao *et al*, 2007), e pode subdividir-se em: a fobia social generalizada (medo e evitamento a uma variedade de situações sociais) e a fobia social específica (medo ou evitamento de uma situação social específica) (APA, 2002).

De acordo com a literatura consultada, a prevalência da fobia social é de cerca de 13% (Stein & Gorman, 2001; Marcelli, 2005; Elizabeth *et al*, 2006; Rao *et al*, 2007), e pode ser influenciada pela cultura, país e grupos de pares (Haugaard, 2008). Existindo também um maior risco de comorbilidade com outras perturbações, tais como outras perturbações de ansiedade, perturbações do humor e bulimia nervosa (Mancini, 2001; Muzina & El-Sayegh, 2001; APA, 2002; Hobbs & Shekhar, 2003)

Os sintomas físicos mais comuns da Fobia Social na adolescência são: fadiga, dificuldade de concentração, perturbação do sono, irritabilidade, dores de estômago, dores de cabeça, aumento do

ritmo cardíaco, corar, suar, voz trémula (Axelson & Birmaher, 2001; APA, 2002; Baptista, Carvalho & Lory, 2006; Haugaard, 2008). Os comportamentos podem incluir: não se afastar de um adulto significativo em eventos sociais, recusar-se em participar em actividades sociais; absentismo escolar; abdicar de relacionamentos amorosos (Muzina & El-Sayegh, 2001; De'el Rey, Pacini & Chavira, 2005; Baptista, Carvalho & Lory, 2006; Haugaard, 2008).

Com a passagem dos anos, de acordo com Piaget o adolescente desenvolve competências cognitivas mais avançadas, permitindo-lhe comparar-se com outros semelhantes assim como examinar e interpretar as situações do ponto de vista do outro (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Assim, de acordo com Erikson, os adolescentes são confrontados com tarefas desenvolvimentais específicas, tais como estabelecer relações sociais, construir a sua identidade, ganhar independência emocional da família e formar objectivos profissionais a longo prazo (Papalia, Olds & Feldman, 2001; Silva & Costa, 2005). Para que estas tarefas sejam possíveis de alcançar é necessário, tendo em conta o que foi exposto referente aos factores de risco, protecção e manutenção, que o adolescente tenha uma auto-estima considerável, um auto-controlo adequado e um comportamento social adequado, de modo a poder expressar correctamente em público as suas necessidades, os seus interesses e desejos.

O desenvolvimento implica então uma mudança progressiva no indivíduo, no qual a maturação e a experiência interagem entre si. Isto é, há experiências que produzem mudanças no organismo, e estas mudanças determinam o modo como experiências futuras afectarão o organismo, contudo a mesma experiência poderá produzir efeitos diferentes, dependendo do nível de maturação do adolescente. É importante também não esquecer que a aprendizagem vai permitir a posterior repetição ou não desse comportamento (Joyce-Moniz, 1993; Papalia, Olds & Feldman, 2001; Masten, 2006; Muris, 2006).

Todos os dias o adolescente é confrontado com situações de avaliação social, tais como, expectativas escolares (exemplo: fazer exames, apresentar oralmente um trabalho, pressões dos pares) e pela observação dos pais e das figuras de autoridade (exemplo: professores). As preocupações quanto ao físico, atractividade, competência social e habilidades desportivas são bastantes comuns nesta fase, e em certos adolescentes estas preocupações são temporárias e servem como experiências de aprendizagem (Papalia, Olds & Feldman, 2001; Sprinthall & Collins, 2003). Assim, a aprovação das relações entre pares e os grupos de pares tornam-se muito importantes (Papalia, Olds & Feldman, 2001; Braet & Van Aken, 2006; Elizabeth *et al*, 2006), e tanto as experiências positivas (por exemplo, inclusão em grupos, convites para festas) como as experiências negativas (tais como, serem gozados, rejeição ou humilhação) adquirem um significado e impacto mais intenso.

Deste modo, os episódios que provocam um aumento de ansiedade social são considerados normais ao longo da adolescência (Ollendick, Grills & King, 2001). Contudo, enquanto que para

uma parte dos adolescentes esses episódios interferem pouco com o seu funcionamento normal e a ansiedade vai diminuindo ao longo da exposição periódica aos mesmos; para outros esses episódios provocam um aumento exagerado da ansiedade interferindo grandemente com o seu funcionamento social e com o seu desenvolvimento interpessoal, levando ao evitamento posterior da situação temida (Castillo *et al*, 2000; Braet & Van Aken, 2006; Elizabeth *et al*, 2006; Haugaard, 2008).

PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E FOBIA SOCIAL

De acordo com Achenbach (1990, *cit in* Braet & Van Aken, 2006), a psicopatologia do desenvolvimento tenta entender as relações existentes entre o desenvolvimento normativo e o desenvolvimento mal-adaptativo, tendo sempre em conta as diferenças inter e intra individuais ao longo de todo o processo de desenvolvimento (Harrington, 2001; Ollendick, Grills & King, 2001). Assim, é importante adoptar uma postura organísmica, holística e transaccional para que isso seja possível (Ollendick, Grills & King, 2001; Granic, 2005), o que implica ter em conta um vasto leque de influências nas adaptações ou não do adolescente ao meio, ao longo do seu desenvolvimento (Murriss, 2006).

Primeiro é preciso ter em conta aquilo que é considerado normal ou não, ou seja: é esperado que os medos e ansiedades diminuam com a idade (Ollendick, Grills & King, 2001); é provável que uma primeira situação de exposição social cause ansiedade elevada, mas à medida que essa exposição se vai tornando habitual prevê-se que a ansiedade vá diminuindo ao longo do tempo (Haugaard, 2008).

É também importante compreender e conhecer os factores de risco e de manutenção que contribuem para a etiologia da perturbação, fazendo com que o adolescente fique vulnerável ao lidar com as tarefas desenvolvimentais que lhe são impostas (Maria-mengal & Linhares, 2007; Murriss, 2006).

Os principais factores de risco referidos são: genética, temperamento, experiências de aprendizagem negativas, acontecimentos de vida, contexto familiar, contexto social.

No que diz respeito à hereditariedade, existem estudos que demonstram haver uma predisposição genética da criança para apresentar sintomas de ansiedade e timidez (*anxiety sensivity*), ou temperamento inibitório, que podem potenciar o desenvolvimento da fobia social quando ocorrem situações extremamente stressantes (Sheehan, 2000; Axelson & Birmaher, 2001; Muzina & El-Sayegh, 2001; APA, 2002; Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Hettema *et al*, 2005; Elizabeth *et al*, 2006; Murriss, 2006; Bierderman, 2007; Laredo *et al*, 2007; Haugaard, 2008). Num

estudo realizado por Laredo *et al* (2007), com 38 crianças entre os 3/6 anos, com o intuito de determinarem a relação entre traços temperamentais e sintomatologia ansiógena, concluíram que as crianças com afecto negativo tem maiores níveis de ansiedade e quanto menos activas forem mais ansiosas são. Schmidt, Mitchell & Richey (2008), realizaram um estudo com 404 adolescentes, e concluíram que a *anxiety sensivity* prediz significativamente o desenvolvimento posterior de sintomas ansiogénicos.

No contexto familiar, o tipo de vinculação e as experiências de aprendizagem são os factores de risco mais relevantes. O tipo de vinculação, mais especificamente a vinculação insegura/ambivalente, criada entre o adolescente e o prestador de cuidados, nos primeiros anos de vida, pode influenciar o aparecimento da perturbação (Brown & Wright, 2001; Bukowski, Adams & Santo, 2006; Elizabeth *et al*, 2006; Murris, 2006). As experiências de aprendizagem negativas (por exemplo, a crítica e rejeição) também têm um papel importante na etiologia da perturbação, as quais podem ser interiorizadas através de condicionamento, da observação e generalização (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Murris, 2006; Schmidt & Zvolensky, 2007; Chase & Eyberg, 2008; Haugaard, 2008). Pais de crianças com fobia social tendem a ser eles próprios mais ansiosos que outros pais, menos sociáveis e muito preocupados com as opiniões das outras pessoas, assim, este estilo parental pode transmitir à criança que o mundo é potencialmente perigoso, no qual o embaraço e humilhação estão muito presentes. Assim, a criança, aprende através da observação do comportamento dos seus pais a reagir com medo às situações sociais potencialmente embaraçosas, conduzindo ao evitamento posterior dessa mesma situação. Ao ser super-protegida, a criança não é exposta a situações desafiantes, para a sua fase de desenvolvimento, não permitindo assim um desenvolvimento normal (Sheehan, 2000; Muzina & El-Sayegh, 2001; Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Elizabeth *et al*, 2006; Haugaard, 2008). Pode-se então afirmar que a qualidade da relação estabelecida entre o adolescente e os seus pais é muito importante no desenvolvimento sócio-emocional.

O contexto social implica: nível sócio económico, suporte social, nível de educação e o contexto cultural (Maria-mengal & Linhares, 2007). Os factores apontados podem predizer o tipo de relações sociais que o adolescente irá estabelecer, e como estas irão influenciar o seu desenvolvimento. O contexto social pode influenciar expectativas que as outras pessoas têm em relação ao adolescente, assim como também pode influenciar as práticas educativas ou o modo como a ansiedade é expressa (Haugaard, 2008).

Os acontecimentos de vida, tais como: divórcio, mudança de escola/casa, morte de um parente significativo (Hettema *et al*, 2005; Bukowski, Adams & Santo, 2006; Elizabeth *et al*, 2006; Murris, 2006), também podem potenciar o aparecimento da perturbação, pois muitas vezes a criança sente-se culpada pela situação, ou é criticada ou rejeitada, levando ao evitamento de determinadas situações de exposição social ou de relacionamento interpessoal.

Tanto os factores hereditários como os factores contextuais são importantes na determinação do comportamento do indivíduo (Harrington, 2001). A herança genética representa o potencial hereditário do organismo que poderá ser desenvolvido dependendo do processo de interacção com o meio, mas que determina os limites da acção deste (Fogany, 2003).

Enquanto que os factores de risco podem potenciar o aparecimento da perturbação os factores de manutenção fazem com que a perturbação se mantenha e/ou intensifique ao longo do tempo. Os mais apontados na literatura são: os comportamentos de evitamento (minimiza o contacto com a situação que provoca ansiedade, não permitindo ao adolescente aprender que a situação em si não é ameaçadora), o condicionamento operante (reforço positivo, negativo consoante o comportamento aprendido), distorções cognitivas (processos cognitivos que se baseiam em pensamentos erróneos, disfuncionais e mal-adaptativos, criando e reforçando esquemas exagerados de perigo e ameaça) (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Elizabeth *et al*, 2006; Murris, 2006; Schmidt & Zvolensky, 2007; Haugard, 2008).

Algumas regiões cerebrais (ex. amígdala, lobo temporal, córtex pré-frontal) e alguns neurotransmissores, parecem ter também um papel importante nos mecanismos de regulação da ansiedade, influenciando processos cognitivos e mecanismos de coping que vão sendo desenvolvidos e adquiridos (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Hobbs & Shekhar, 2003)

A combinação de factores genéticos, contextuais e biológicos, parece potenciar um estilo cognitivo negativo característico nos adolescentes com fobia social (ex. baixa auto-estima, hipersensibilidade à crítica, avaliação negativa) (Axelson & Birmaher, 2001; Muzina & El-Sayegh, 2001; APA, 2002; Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Graziani, 2005). Este estilo cognitivo negativo está relacionado com o modelo da Auto-eficácia, ou seja, os adolescentes com fobia social são extremamente críticos na sua auto-avaliação o que os predispõe a sintomas depressivos aumentando a sua avaliação negativa levando ao afastamento dos outros (Haugaard, 2008). Assim, e de acordo com Hofmann (2007), quando confrontados com uma situação social focam a sua atenção na ansiedade, auto-avaliam-se negativamente e sobre-estimam as consequências negativas, acreditando que tem pouco controlo emocional e poucas competências sociais. Forma-se assim um ciclo negativo, no qual o aumento de ansiedade reforça a crença de que os outros o vão julgar pela sua *performance* social, e que esta não estará ao nível daquilo que os outros esperam de si, aumentando por sua vez ainda mais a ansiedade e levando posteriormente ao evitamento da situação (Craig, Brown & Baum, 2000; Muzina & El-Sayegh, 2001; Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Grazianni, 2005).

Os factores protectores, tem como objectivo diminuir o impacto dos factores de risco ou fornecer estratégias adequadas para evitar o desenvolvimento da fobia social. Assim os mais referidos são o controlo percebido e o controlo inibitório (*effortful control*) (Murris, 2006). O controlo percebido é uma capacidade individual, que se define pelas acções antecipatórias, que

envolvem a compreensão das relações entre os agentes envolvidos, os meios (causas) e os fins (objectivos relacionados com as consequências) de cada evento. Esta capacidade aprendida ou não, toma-se numa crença de controlo, de acordo com ela o adolescente prevê as consequências e planeia estratégias adequadas para que possa obter os resultados que considera ser bons para si (por exemplo, evitar a situação) (Murriss, 2006). Perante da possibilidade de ocorrência de eventos negativos, por exemplo ser gozada quando tem de fazer uma apresentação oral na sala de aula para os colegas, o adolescente acredita que sua acção de controle (por exemplo, dizer que está doente da garganta) o livrará do desconforto ou fracasso, como aqueles que já foram vivenciados. O processo regulativo que inclui focar e desviar a atenção do indivíduo assim como a capacidade de inibir um determinado comportamento chama-se o controlo inibitório (*effortful control*), isto é, cabe ao próprio indivíduo o processo de controlo da exposição a estímulos discriminativos, bem como a auto-administração das respectivas consequências (Murriss, 2006; Haugaard, 2008).

Na adolescência, os principais agentes de socialização são a família, o grupo de pares e as escolas (Papalia, Olds & Feldman, 2001; Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Maccoby, 2000 *cit in* Fogany, 2003; Rao *et al*, 2007). Durante a infância o relacionamento interpessoal ficava ao cargo dos pais, ou seja, eram os pais que combinavam as brincadeiras dos seus filhos com outras crianças ou as colocavam em aulas extra curriculares (ex. ballet, natação), fomentando assim a socialização; na adolescência, os pais deixam de ter um papel tão activo, passando estar o adolescente encarregado da sua própria socialização (Rao *et al*, 2007; Haugaard, 2008). Assim, são predominantes as preocupações do adolescente relacionadas com a socialização e o relacionamento afectivo interpessoal: por um lado procuram a estima e a companhia dos outros mas por outro evitam a sua companhia com medo da censura e rejeição, levando ao desenvolvimento de um auto-conceito negativo e receio excessivo de desaprovação (Joyce-Moniz, 1993; Braet & Van Aken, 2006; Rao *et al*, 2007). Assim, dependendo do contexto e das diferenças individuais, pode-se inferir que os agentes de socialização podem ser considerados como factores de risco/manutenção ou protectores.

É preciso ter sempre em consideração que os factores protectores, de risco e manutenção não actuam isoladamente, mas sim de forma interligada (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Murriss, 2006). Neste sentido e de acordo com Ollendick, Grills & King (2001), o desenvolvimento normal ou patológico resulta das interacções entre o indivíduo (organismo) e o seu contexto, o que vai de encontro com o modelo organísmico e os princípios fundamentais da psicopatologia do desenvolvimento (normativo, sistémico, multinível, acção, informação mútua e longitudinal (Masten, 2006).

CONCLUSÃO

Concluindo, o ser humano é um ser social, e começa desde logo a estabelecer relações sociais, ou seja, quando nasce a primeira forma de comunicação que utiliza é o choro. Assim, existem muitos factores que podem predispor um indivíduo ao desenvolvimento da fobia social, começando logo à nascença (ex. factores hereditários, genética, temperamento), enquanto que outros aparecem ao longo da infância (ex. relações estabelecidas com os pais, aprendizagem e acontecimentos de vida) e da adolescência (ex. relações entre pares e grupos).

As relações sociais adquirem maior importância durante a adolescência, não só porque o adolescente apresenta um maior desenvolvimento cognitivo e social, assim como também adquiriu maior autonomia em relação aos prestadores de cuidados. Assim todas as experiências que teve até então e todas as aprendizagens que realizou em termos sociais, são agora postas em acção.

A importância que o adolescente dá à socialização e a inter-relação entre os factores de risco, manutenção e protecção, anteriormente referidos, vai influenciar o modo como este encara os fracassos/sucessos sociais, ou seja, se o adolescente apresentar vários factores de risco, e de manutenção e poucos factores protectores, então vai estar mais predisposto à fobia social; se por outro lado apresentar os mesmos factores de risco e de manutenção mas bons factores protectores, não vai estar tão predisposto à fobia social, isto é, na sua primeira exposição à situação temida vai apresentar altos níveis de ansiedade que o vão fazer querer evitar a situação numa próxima vez, mas devido aos factores protectores, vai ser capaz de reorganizar-se cognitivamente e na próxima situação a ansiedade vai diminuir, acabando por ser considerada como normal.

Pode-se então inferir que, apesar de estarem presentes vários factores de risco no desenvolvimento do adolescente, não significa propriamente que se vá desenvolver psicopatologia, neste caso a fobia social, apenas existe uma maior predisposição para desenvolver psicopatologia. É o equilíbrio entre os factores de manutenção/risco e protectores que vão potenciar ou não o desenvolvimento de psicopatologia. É então importante ter em conta todo o processo de desenvolvimento individual, as diferenças individuais e o contexto em que o adolescente se insere.

Para prevenir, avaliar e planear uma possível intervenção, é então importante ter em conta: a fase de desenvolvimento em que o indivíduo se encontra; o desenvolvimento esperado para essa fase de desenvolvimento; as competências sociais e cognitivas do indivíduo; os factores de risco, manutenção e protecção; o contexto em que o indivíduo se insere; e comorbilidade com outras perturbações (Castillo *et al*, 2000; Boubli, 2001; Gauer, 2006; Murriss, 2006; Laredo *et al*, 2007; Chase & Eyberg, 2008).

Apesar da fobia social ser comum na adolescência, como já foi referido, a avaliação desta perturbação é complexa por três motivos: os critérios de diagnóstico não têm em conta os aspectos

do desenvolvimento relacionados com a ansiedade nos diferentes grupos etários; é difícil distinguir os sintomas da fobia social dos sintomas de outras perturbações da infância nas quais podem ser encontradas o evitamento e a ansiedade; ainda existem poucos estudos e técnicas validadas para diagnosticar esta perturbação nesta faixa etária (Gauer *et al*, 2006; Rao *et al*, 2007).

Quanto mais cedo for diagnosticada e tratada a fobia social, maior será a probabilidade do adolescente se desenvolver normalmente e menor impacto negativo terá na sua vida enquanto adulto (Mancini, 2001; Muzina & El-Sayegh, 2001; Haugaard, 2008). Ou seja, será capaz de manter/adquirir mais competências sociais (permitindo-lhe estabelecer mais amizades e não se isolar tão facilmente); não terá uma menor capacidade emocional (não terá preocupações excessivas que poderão levar a patologias associadas, como a depressão por exemplo); o desempenho escolar não diminuirá; e terá mais prazer, vontade e motivação em se envolver em actividades extra curriculares (Elizabeth *et al*, 2006; Rao *et al*, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association [APA] (2002). *DSM IV – TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. JC Fernandes (ed.). 4ª edição. Lisboa: Climepsi Editores
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 22: 211-221. [consultado em: 5-03-2008, em Elsevier database]
- Axelson, D. & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14: 67-78. [consultado em: 6-03-2008, em John Wiley & Sons database]
- Batista, M. & Oliveira, S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6, (2): 43-50. [Em linha] Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psic/v6n2/v6n2a06.pdf> [Consultado em: 16-03-2007].
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2006). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. [Em linha] Disponível em: <http://cae.ulusofona.pt/artigos/Psicol%20Barata%20Art.pdf> [Consultado em: 7-04-2008]
- Biederman, J. et al (2007). Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. *Psychiatry Research*, 153: 245–252. [consultado em: 6-03-2008, em Elsevier database]
- Botelho, M. (2006). Quando a ansiedade se transforma numa doença. [Em linha] Disponível em: http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/2/cnt_id/1442/ [consultado em: 21-04-2008].
- Boubli, M. (2001). *Psicopatologia da criança*. Lisboa: Climepsi Editores. Braet, C & Van Aken, M. (2006). Developmental psychopathology: substantive, methodological and policy issues. *International Journal of Behavioural Development*, 30 (1): 2-4. [consultado em: 6-03-2008, em Sage database]
- Braet, C & Van Aken, M. (2006). Developmental psychopathology: substantive, methodological and policy issues. *International Journal of Behavioural Development*, 30 (1): 2-4. [consultado em: 6-03-2008, em Sage database]

- Brown, L. & Wright, J. (2001). Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8: 15-32. [consultado em: 6-03-2008, em John Wiley & Sons database]
- Bukowski, W., Adams, R. & Santo, J. (2006). Recent advances in the study of development, social and personal experience, and psychopathology. *International Journal of Behavioural Development*, 30 (1): 26-30. [consultado em: 6-03-2008, em Sage database]
- Castillo, A., et al (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl II): 20-23. [consultado em: 6-03-2008, em Scielo database]
- Chase, R. & Eyberg, S. (2008). Clinical presentation and treatment outcome for children with comorbidity externalizing and internalizing symptoms. *Anxiety Disorders*, 22: 273-282. [consultado em: 10-03-2008, em Elsevier database]
- Craig, K., Brown, K. & Baum, A. (2000). Environmental factors in the etiology of anxiety. [Em linha] Disponível em: <http://www.acnp.org/g4/GN401000127/CH125.html> [consultado em: 21-04-2008].
- D'el Rey, G., Pacini, C. & Chavira, D. (2005). Fobia social em uma amostra de adolescentes. *Estudos de psicologia*, 11 (1): 111-114. [consultado em: 10-03-2008, em Scielo database]
- Elkin, D. & Carte, C. (1999). Anxiety Disorders. In Elkin, D. (Ed.) *Introduction to Clinical Psychiatry* 1ª Edição (pp: 87-100). USA: Appleton & Lange.
- Elizabeth, J. et al (2006). Social anxiety disorder in children and youth: a research update on aetiological factors. *Counselling psychology quarterly*: 19 (2): 151-163 [consultado em: 5-03-2008, em Taylor & Francis database]
- Fogany, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: the mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, 24 (3): 212-239. [consultado em: 5-03-2008, em Wiley InterScience database]
- Gauer, G. et al (2006). Fobia social na infância e adolescência: Aspectos clínicos e de avaliação psicométrica. *Psico*, 37 (3): 263-269 [Em linha] Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1447/1135> [Consultado em: 4-05-2008]

- Granic, I. (2005). Timing is everything: developmental psychopathology from a dynamic systems perspective. *Developmental Review*, 25: 386-407. [consultado em: 5-03-2008, em Elsevier database]
- Graziani, P. (2005). *Ansiedade e perturbações da ansiedade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Haugaard, J. (2008). *Child Psychopathology*. New York: McGraw-Hill.
- Harrington, R. (2001). Causal processes in development and psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 179: 93-94. [consultado em: 7-04-2008, em The Royal College of Psychiatrists database]
- Hettema, J. *et al* (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*. 62:182-18. [consultado em: 7-04-2008, em Jama & Archives database]
- Hobbs, J. & Shekhar, A. (2003). Developmental aspects of panic and related anxiety disorders. *Neuroembryology*, 2: 72-80. [consultado em: 7-04-2008, em Karger database]
- Hofman, S. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behavioural Therapy*, 26 (4): 193-209. [consultado em: 7-04-2008, em PubMed Central database]
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Kalueff, A. & Tuohimaa, P. (2004). Experimental modeling of anxiety and depression. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 64: 439-448. [consultado em: 10-03-2008, em Acta Neurobiologiae Experimentalis a database]
- Laredo, A. *et al* (2007). Temperamental dimension and anxiety problems in a clinical sample of three to six-year old children: a study of variables. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2): 399-407. [consultado em: 10-03-2008, em Universia database]
- Mancini, C. (2001). Social Phobia in Children and Adolescents. *CPA Bulletin de l'APC*: 41-43. [Em linha] Disponível em: <http://ww1.cpa-apc.org:8080/Publications/Archives/Bulletin/2001/May/Social.asp> [consultado em: 4-05-2008].

- Maria-Mengel, M. & Linhares, M. (2007). Risk Factors for infant developmental problems. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (número especial): 837-942. [consultado em: 6-03-2008, em Scielo database]
- Marcelli, D. (2005). Estados ansiosos, sintomas e organização de aparência neurótica *In* Marcelli, D., *Infância e psicopatologia* (pp. 371-406). Lisboa: Climepsi Editores.
- Masten, A. (2006). Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioural Development*, 30 (1): 47-54. [consultado em: 6-03-2008, em Sage database]
- Michaud, P. & Fombonne, E. (2005). ABC of adolescence: common mental health problems. *British Medical Journal*, 330:835-838. [Consultado em: 6-03-2008, em BMJ database]
- Muris, P. (2006). The pathogenesis of childhood anxiety disorders: considerations from a developmental psychopathology perspective. *International Journal of Behavioural Development*, 30 (1): 5-11. [Consultado em: 6-03-2008, em Sage database]
- Muzina, D. & El-Sayegh, S. (2001). Recognizing and treating social anxiety disorder. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 68 (7): 649-657. [Em linha] Disponível em: <http://www.ccjm.org/pdf/Muzina701.pdf> [consultado em: 4-05-2008].
- Ollendick, T., Grills, A. & King, N. (2001). Applying developmental theory to the assessment and treatment of childhood disorders: does it make a difference?. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8: 304-314. [consultado em: 6-03-2008, em John Wiley & Sons database]
- Ollendick, T. & Hirshfeld-Becker, D. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51: 44-58. [consultado em: 5-03-2008, em Wiley InterScience database]
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança* (8ª Edição). Lisboa: McGraw Hill.
- Rao, P. *et al* (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45: 1181-1191. [consultado em: 5-03-2008, em Elsevier database]

- Schmidt, N., Mitchell, M. & Richey, J. (2008). Anxiety sensitivity as an incremental predictor of later anxiety symptoms and syndromes. *Comprehensive Psychiatry*. [consultado em: 5-03-2008, em Elsevier database]
- Schmidt, N. & Zvolensky, M. (2007). Risk Factor Research and Prevention for Anxiety Disorders: Introduction to the Special Series on Risk and Prevention of Anxiety Pathology. *Behavior Modification*, 31 (1): 3-7 [consultado em: 6-03-2008, em Sage Publications database]
- Sheehan, E. (2000). *Ansiedade, fobias e síndrome do pânico: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Agora.
- Silva, M & Costa, M (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII): 111-127. [consultado em: 6-03-2008, em Scielo database]
- Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do Adolescente: Uma Abordagem Desenvolvimentalista*. 3ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Stein, M. & Gorman, J. (2001). Unmasking social anxiety disorder. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 26 (3): 185-189. [consultado em: 7-04-2008, em PubMed Central database]