

ARTIGO ORIGINAL

Fobia social – estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre

Social phobia – a study of the prevalence in two schools in Porto Alegre

Gabrielly Cruvinel Fernandes¹, Mauro Barbosa Terra²

RESUMO

A fobia social é freqüente entre adolescentes, sendo importante a sua identificação e a determinação de potenciais prejuízos. **Objetivos:** Relatar a prevalência e o impacto na escolaridade da fobia social em uma amostra de adolescentes. **Métodos:** O inventário de fobia social (SPIN) foi administrado em 525 alunos dos ensinos fundamental e médio, de ambos os sexos, em uma escola pública e em uma particular, na cidade de Porto Alegre, Brasil, porquanto 32 foram excluídos por respostas incompletas. Foi aplicado também um questionário para identificação das características sociodemográficas da amostra. **Resultados:** De acordo com o SPIN, 114 dos 493 alunos (23,12%) obtiveram escores iguais ou superiores a 19 pontos no referido inventário, indicando a presença de sintomas compatíveis com o diagnóstico de fobia social. As meninas tenderam a apresentar maior freqüência de transtorno de ansiedade social em relação aos meninos ($p = 0,053$). Não foi encontrada associação significativa entre repetência e fobia social. **Conclusões:** Os sintomas compatíveis com o diagnóstico de fobia social são prevalentes em adolescentes e, em virtude de seu curso crônico, podem causar sérios prejuízos nestes indivíduos. Neste estudo, não foi possível correlacionar fobia social com repetência escolar. No entanto, é de fundamental importância a identificação e o tratamento precoce deste transtorno de ansiedade.

Palavras-chave

Fobia social, adolescentes, prevalência, prejuízo.

ABSTRACT

Social phobia is frequent among adolescents, and its identification and determination of potential impairments are of great importance. **Objectives:** To report the prevalence and impact of social phobia on education in a sample of adolescents. **Methods:** The Social Phobia Inventory (SPIN) was administered to 525 students of primary and high school, of both genders, in one public and one private school in the city of Porto Alegre, Brazil, but 32 students were excluded from the study due to incomplete answers. A sociodemographic questionnaire were also administered. **Results:** According to the SPIN, 114 of 493 (23.12%) students obtained scores equal to or greater than 19 points, indicating the presence of symptoms compatible with diagnosis of social phobia. Girls tended to show a greater frequency of social anxiety disorder when compared to boys ($p = 0.053$). Social phobia was not associated with school repetition. **Conclusions:** Social phobia symptoms are common among teenagers and, due to its chronic course, may result in severe impairments. In this study, a correlation between social phobia and school repetition was not found. However, early identification and treatment of such disorder is extremely important.

Keywords

Social phobia, adolescents, prevalence, impairment.

Recebido em
2/4/2008
Aprovado em
10/7/2008

1 Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) e Centro de Estudos José de Barros Falcão (CEJBF).
2 Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp).

Endereço para correspondência: Gabrielly Cruvinel Fernandes
UFCSA
Rua Sarmiento Leite, 245 – Centro – 90050-170 – Porto Alegre, RS
E-mail: gabrielly@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Fobia pode ser definida como medo irracional que provoca a esquivas consciente do objeto, da atividade ou da situação específica temida. A presença ou a antecipação da entidade fóbica provoca grave sofrimento no indivíduo afetado, que reconhece sua ação como excessiva. De toda maneira, a reação fóbica acarreta perturbação da capacidade de funcionamento do indivíduo¹. Na fobia social, segundo o DSM-IV-TR, o diagnóstico se firma quando há medo excessivo e persistente de situações nas quais a pessoa julga estar exposta à avaliação de outros, ou de se comportar de maneira humilhante ou vergonhosa, levando a conseqüente prejuízo no seu funcionamento acadêmico, social ou ocupacional¹.

Sabe-se que a ansiedade social excessiva afeta comumente crianças, adolescentes e adultos, comprometendo a sua qualidade de vida de maneira incapacitante². As crianças, principalmente as mais jovens, podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais^{3,4}. Assim, os critérios diagnósticos diferem em alguns aspectos daqueles utilizados para os adultos e o papel dos processos desenvolvimentais deve ser levado em consideração⁵. As crianças se envolvem em diferentes tipos de interação social, que diferem dos adultos, e as habilidades cognitivas delas não permitem completa compreensão do transtorno⁶.

Para as crianças e os adolescentes, a duração dos sintomas é crucial para a distinção entre a disfunção psicológica e a timidez transitória, de temores de avaliação social e da conseqüente inibição social que pode caracterizar crianças e adolescentes no seu desenvolvimento. Para jovens com menos de 18 anos, a duração dos sintomas deve ser de, no mínimo, seis meses, enquanto para adultos este período não é necessário. O DSM-IV-TR descreve amplamente os sintomas do transtorno de ansiedade social em crianças. Entre os sintomas típicos estão o choro, os ataques de raiva, a imobilidade, o agarrar-se ou o manter-se próximo à pessoa familiar, a inibição das interações a ponto de apresentar mutismo e a recusa escolar¹.

Os estudos internacionais relatam prevalência da fobia social em adolescentes entre 1,65% a 7,2%, dependendo do instrumento diagnóstico utilizado². Em amostras clínicas, o diagnóstico de fobia social é mais comumente feito em jovens do sexo masculino⁷. Porém, em estudos epidemiológicos, as mulheres são afetadas com maior freqüência do que os homens⁴.

A fobia social, na maior parte das vezes, inicia-se na adolescência, tendo curso crônico e precedendo outras comorbidades⁸. As mais freqüentes são fobia simples e depressão maior⁸, além de aumentar o risco para transtornos de abuso do álcool⁹. Segundo o National Comorbidity Survey (NCS), nos Estados Unidos, 81% dos pacientes com fobia social têm

alguma comorbidade¹⁰. Os transtornos comórbidos, de modo geral, são secundários do ponto de vista cronológico¹¹.

Entretanto, poucos adolescentes fóbico-sociais buscam tratamento¹². Os sintomas de ansiedade social são manifestados nos adolescentes, freqüentemente na escola. Instrumentos práticos e validados para rastreamento e identificação de fobia social são bastante valiosos para serem usados pela equipe escolar (educadores, coordenadores, enfermeiras da escola)¹³. O reconhecimento dos transtornos de ansiedade conduz à melhora da qualidade de vida destes pacientes, podendo interferir no curso do alcoolismo e de outras comorbidades, uma vez que existem tratamentos farmacológicos e comportamentais específicos para estes transtornos⁹.

Este estudo tem como objetivo verificar a prevalência de sintomas compatíveis com fobia social, por meio do inventário de fobia social (SPIN), e o seu impacto na escolaridade em duas escolas, privada e pública, na cidade de Porto Alegre.

MÉTODOS

Foram avaliados alunos adolescentes de uma escola particular e de uma escola pública, escolhidas de maneira aleatória, ambas estabelecidas na cidade de Porto Alegre. As escolas estavam localizadas em regiões socioeconômicas semelhantes. Os participantes foram estudantes do ensino fundamental (5ª a 8ª séries) e do ensino médio (1ª ao 3ª anos) das referidas escolas, dos turnos matutino e vespertino. As sete salas de aula foram escolhidas aleatoriamente (uma sala de cada série) para a aplicação do inventário. O período de coleta de dados foi de maio a junho de 2007.

A avaliação, que foi realizada por uma única pesquisadora, constituiu da aplicação de questionário, com dados de identificação e sociodemográficos, contendo número de registro, idade, série, sexo e número de repetências, além da utilização do SPIN⁷, que é um instrumento que avalia a gravidade dos sintomas da fobia social, sendo também utilizado para o rastreamento deste diagnóstico¹⁴. A aplicação foi realizada na própria sala de aula em uma única sessão.

O SPIN é instrumento originalmente de língua inglesa, sendo de fácil aplicação e requerendo apenas cinco minutos para ser respondido. Consiste de apenas 17 itens, que abarcam três importantes dimensões que definem fobia social: o medo, a esquivas das situações e os sintomas de desconforto físico. Engloba tanto situações de desempenho quanto de interação social⁸. Para cada item do questionário, solicita-se ao indivíduo que indique o quanto as situações ou os sintomas descritos o incomodaram na última semana, devendo este marcar uma entre as cinco opções, que variam de “de forma alguma” a “extremamente”. A pontuação para cada uma das opções varia de 0 a 4, e a pontuação total do inventário varia de 0 a 68. Escores de 19 pontos ou

mais indicam a presença de sintomas compatíveis com o diagnóstico de fobia social². Em contraste com o SPIN, em várias outras escalas de avaliação não é abordado o amplo espectro do medo, da evitação e dos componentes fisiológicos da fobia social. Reconhecendo-se estas limitações foi desenvolvido o SPIN, que é uma escala abreviada que aborda tais aspectos⁷.

O instrumento foi escolhido, sobretudo, por sua simplicidade e aparente melhor adequação à faixa etária da população do estudo, além de já ter sido adaptado para uso na língua portuguesa e também por suas boas propriedades psicométricas⁸. A versão em português do SPIN demonstrou boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,88) e boa confiabilidade da pontuação total do instrumento (coeficiente de correlação interclasse = 0,78)¹⁵. Não houve necessidade de treinamento aprofundado da pesquisadora na aplicação da escala, pois se trata de material auto-aplicável, tornando o teste fácil e rápido (poucos minutos). Outro fator positivo do inventário (SPIN) é também a ágil apuração de seu escore⁷.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro de Estudos José de Barros Falcão e pelas direções de ambas as escolas, e os pais dos alunos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Após a aceitação por parte da escola, como cuidado ético, os alunos foram orientados a respeito do objetivo do estudo, do tipo de participação requerida, bem como da ausência de prejuízos decorrentes da não-participação. Aos adolescentes participantes foi assegurado o caráter confidencial da pesquisa e foi informado que suas respostas não teriam influência, de modo algum, em suas notas ou desempenho escolar. Foi também disponibilizado o telefone da pesquisadora para eventuais dúvidas.

Na análise estatística dos dados foi feita análise descritiva quanto às variáveis sociodemográficas. Para as variáveis contínuas, foram utilizados média, mediana e desvio-padrão, e para variáveis categoriais foi utilizado o percentual. Foi avaliada, também, a existência de associação entre variáveis, mediante utilização do teste qui-quadrado de independência ou do teste exato de Fischer. Os resultados foram gerados no aplicativo estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows¹⁶.

RESULTADOS

Dos 525 questionários aplicados, 32 foram excluídos da pesquisa, por causa de respostas incompletas.

Perfil sociodemográfico da amostra

Na amostra estudada (n = 493), encontrou-se predomínio do sexo feminino n = 268 (54,36%). Quanto à escolaridade, a metade dos indivíduos estava cursando o ensino médio

(50,91%), com idades entre 10 e 18 anos. A grande maioria dos participantes (82,56%) nunca havia repetido o ano. Os dados completos encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra de pacientes com e sem fobia social em duas escolas de Porto Alegre (n = 493).

Variáveis	Total	Sem fobia social (n = 379)	Com fobia social (n = 114)	p	OR	IC (95%)
Sexo						
Masculino	225 (45,64)	182 (48,02)	43 (37,72)	0,053	1,525	(0,993-2,343)
Feminino	268 (54,36)	197 (51,98)	71 (62,28)			
Idade						
10-12	130 (26,42)	93 (24,60)	37 (32,46)	0,026	-	-
13-15	209 (42,48)	173 (45,77)	36 (31,58)			
16-18	153 (31,10)	112 (29,63)	41 (35,96)			
Procedência						
Particular	249 (50,51)	190 (50,13)	59 (51,75)	0,761	0,937	(0,616-1,425)
Pública	244 (49,49)	189 (49,87)	55 (48,25)			
Repetência						
Nenhuma	407 (82,56)	313 (82,59)	94 (82,46)	0,048	-	-
1 vez	58 (11,76)	40 (10,55)	18 (15,79)			
2 ou mais	28 (5,68)	26 (6,86)	2 (1,75)			
Série/Ano						
5ª	65 (13,18)	47 (12,40)	18 (15,79)	0,326	-	-
6ª	53 (10,75)	42 (11,08)	11 (9,65)			
7ª	54 (10,95)	41 (10,82)	13 (11,40)			
8ª	70 (14,20)	57 (15,04)	13 (11,40)			
1º ano	71 (14,40)	59 (15,57)	12 (10,53)			
2º ano	79 (16,02)	63 (16,62)	16 (14,04)			
3º ano	101 (20,49)	70 (18,47)	31 (27,19)			

OR = odds ratio; IC = intervalo de confiança.

Fobia social

De acordo com o SPIN, 114 dos 493 alunos (23,12%) obtiveram escores iguais ou superiores a 19 pontos, pontuação esta que indica presença de sintomas compatíveis com diagnóstico de fobia social. Os escores do SPIN desses 114 adolescentes variaram entre 19 a 61 pontos, com média de 27,5 pontos (DP = 8,92).

Considerando apenas os indivíduos com fobia social, encontrou-se que a maioria era do sexo feminino, e que nunca haviam sofrido repetências. Eram procedentes da escola particular e da escola pública com frequência semelhante, estavam bem distribuídos entre os três intervalos de idade pesquisados e a série onde havia mais fóbicos era o 3º ano do ensino médio (Tabela 1).

Considerando-se as características sociodemográficas dos indivíduos com ou sem transtornos de ansiedade social, pode-se dizer que não existe associação entre procedência (escola pública ou privada) e fobia social (p = 0,761). Além disso, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis série e sexo, em relação à presença de fobia social. No entanto, as mulheres tendem a apresentar maiores índices de transtornos de ansiedade social em relação aos homens (p = 0,053). Os dados encontram-se na Tabela 1.

Foi constatada menor frequência de fobia social na faixa etária, dos 13 aos 15 anos. Também foi detectada a qua-

se inexistência de fobia social em indivíduos com duas ou mais repetências. No entanto, se compararmos aqueles que já repetiram o ano (uma ou mais vezes) com aqueles que nunca repetiram, não existe diferença com significância estatística no que se refere à presença de fobia social.

DISCUSSÃO

Foi observada elevada prevalência de alunos com sintomas fóbicos sociais, chegando a quase um quarto da amostra. Estudos anteriores também demonstram alta prevalência populacional da fobia social em adolescentes, sendo esta, atualmente, o transtorno mais diagnosticado no contexto clínico, durante esta fase da vida¹⁷. Entretanto, outros estudos prévios apontaram prevalências menores. Verhulst *et al.*¹⁸ constataram que a prevalência de fobia social, quando as entrevistas eram realizadas com os adolescentes, inicialmente era de 3,7%. Porém, ao serem realizadas com os pais, chegava a 6,3%. Já em outra pesquisa, com base na CID-10, foi encontrada a porcentagem de 5,5%¹⁹. No entanto, em contextos clínicos, a porcentagem para fobia social tende a ser muito maior, chegando a 14,9%²⁰.

Assim, a elevada prevalência para os sintomas fóbicos sociais encontrada neste estudo foi bem maior do que a prevalência da fobia social em adolescentes apontada em estudos anteriores. É possível que este aspecto possa ser explicado, em parte, porque o instrumento de rastreamento utilizado avalia a presença de sintomas fóbicos sociais apenas na última semana, enquanto a fobia social é um diagnóstico, em adolescentes, que exige tempo maior de duração dos sintomas (mínimo de seis meses). Além disso, como os sintomas fóbicos sociais, na amostra, são mais prevalentes no ano que antecede o vestibular, isso pode ser indicador da existência de sobreposição com sintomas de ansiedade reacional.

Os resultados discrepantes entre diferentes estudos podem ocorrer por causa de diferenças nas amostras e nos instrumentos utilizados e, também, em virtude de a avaliação do transtorno de ansiedade social em pessoas jovens ser um processo complexo, por várias razões. Primeiro, os critérios diagnósticos não levam em consideração os aspectos do desenvolvimento relacionados à ansiedade e ao receio social nos diferentes grupos etários. Segundo, frequentemente é difícil diferenciar os sintomas do transtorno de ansiedade social daqueles de outros transtornos da infância, nos quais estão presentes a ansiedade e a evitação. Finalmente, o desenvolvimento de técnicas válidas de avaliação para o diagnóstico nesta faixa etária está apenas nos seus primórdios. Todavia, um diagnóstico acurado pode ser possível se atenção cuidadosa for dada a estas questões⁵.

Alguns estudos epidemiológicos demonstraram que este transtorno de ansiedade tem seu início mais frequentemente na adolescência média^{21,22}. De acordo com estudos epidemiológicos recentes, realizado com adultos, a fobia social usualmente se inicia na adolescência e com frequência apresenta curso crônico^{23,24}. Um destes estudos também mostrou que quanto mais cedo a presença do transtorno, maior a tendência a se associar com o baixo rendimento e a evasão escolar, além de baixo rendimento profissional e desemprego²³. A maioria dos adolescentes com sintomas compatíveis com o diagnóstico de fobia social no presente estudo não estava compreendida entre a faixa etária de 13 a 15 anos, idade crítica para o desenvolvimento pessoal, pois é nessa faixa etária que se desenvolve uma série de habilidades sociais, como o comportamento de auto-afirmação, a paquera etc.²

Como citado anteriormente, a fobia social leva as pessoas acometidas à limitação funcional, que pode ser medida nas áreas educacional, profissional e social². Avaliou-se, neste estudo, o impacto da fobia social na escolaridade e constatou-se que 17,54% dos fóbico-sociais haviam sofrido pelo menos uma repetência. No entanto, do ponto de vista estatístico, não pôde ser comprovado haver associação entre repetência e fobia social.

No presente estudo, foi realizada comparação entre adolescentes oriundos de escolas pública e privada. Concluiu-se que não existia relação entre fobia social e procedência ($p = 0,761$). Schneier *et al.*²³ constataram, em uma amostra epidemiológica, alta prevalência de fobia social, principalmente em mulheres e indivíduos jovens (entre 18 a 25 anos), com baixo nível educacional, solteiros e de classe social baixa. Esta diferença, entre os estudos, talvez se deva ao fato de que, na escola pública pesquisada, a maior parte dos adolescentes não era de classe social baixa.

No que diz respeito à prevalência de fobia social, quanto ao sexo, foi constatado que 62,28% dos indivíduos que tinham fobia social eram do sexo feminino. No entanto, não foi encontrada diferença com significância estatística entre as meninas e os meninos, quanto à presença de fobia social ($p = 0,053$), confirmando estudos anteriores como os de Hofmann *et al.*²⁵ Porém, foi observada forte tendência de as alunas do sexo feminino apresentarem mais comumente fobia social do que os alunos do sexo masculino, o que está de acordo com dois estudos também recentes, em que foi constatado frequência elevada de meninas fóbico-sociais em relação aos meninos^{12,26,27}.

Estudos anteriores demonstraram ser a fobia social um transtorno que acomete o indivíduo muito cedo, podendo ser debilitante (associado com altas taxas de suicídio). A remissão sem tratamento adequado raramente ocorre, além da fobia social ser preditor de péssimo prognóstico

entre pacientes portadores de outros transtornos, como a depressão maior^{10,23,28}.

Embora a atenção para esta patologia tenha aumentado dramaticamente, estudos anteriores sugerem que a fobia social ainda seja uma doença subdiagnosticada em comunidades psiquiátricas clínicas, sendo constatado que as pessoas raramente procuram tratamento pela fobia social como patologia principal e, sim, quando são portadoras de outra patologia de base²⁹. A identificação deste transtorno seria o primeiro passo para o tratamento, que poderá proporcionar melhor qualidade de vida, pois estará interferindo positivamente no curso desta patologia, por meio do uso de medicações e técnicas psicoterápicas, especialmente as cognitivo-comportamentais⁹, além de diminuir possíveis prejuízos, como a evasão escolar prematura³⁰.

Como limitação do estudo, destaca-se o fato de que a amostra foi obtida em apenas duas escolas, o que pode prejudicar a generalização dos dados para outros contextos.

CONCLUSÕES

Conclui-se que sintomas compatíveis com o diagnóstico de fobia social são prevalentes em adolescentes, havendo tendência de ocorrer com frequência maior nas meninas. Embora correlação entre fobia social e repetência escolar não tenha sido encontrada no estudo, é provável que os adolescentes fóbicos-sociais, sem tratamento adequado, não conseguirão atingir o nível esperado de desempenho, com maior índice de sofrimento e perdas de oportunidades.

Uma vez identificada a fobia social, deve-se tratá-la para evitar possíveis surgimentos de comorbidades, tão frequentes nessa patologia. Assim, poder-se-ia minimizar possíveis sofrimentos ou seqüelas que este transtorno produz em seu portador, melhorando assim sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1987.
- D'El Rey GJF, Pacini CA, Chavira DJF. Fobia social em uma amostra de adolescentes. *Estud Psicol (Natal)*. 2006;11(1):111-4.
- Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:1110-9.
- Castillo ARGL, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22 Suppl 2:20-3.
- Gauer GJC, Zogbi H, Beidel DC, Rodríguez JO. Fobia social na infância e adolescência: aspectos clínicos e de avaliação psicométrica. *Psico*. 2006;37(3):263-9.
- Beidel DC. Social anxiety disorder: etiology and early clinical presentation. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(17):27-32.
- Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). New self-rating scale. *Br J Psychiatry*. 2000;176:379-86.
- Vilete L, Figueira I, Coutinho E. Adaptação transcultural para o português do social phobia inventory (SPIN) para utilização entre estudantes adolescentes. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006;28(1):40-8.
- Terra MB, Barros HM, Stein AT, Figueira I, Jorge MR, Palermo LH, et al. Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and under treatment. *Compr Psychiatry*. 2006;47(6):463-7.
- Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Stein M, Walters EE. Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 1999;29(3):555-67.
- Terra MB, Figueira I, Athayde LD. Fobia social e transtorno de pânico: relação temporal com dependência de substâncias psicoativas. *Rev Psiquiatr RS*. 2003;25(3):436-45.
- Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behav Res Ther*. 1999;37(9):831-43.
- Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Tuomisto MT, Marttunen M. Screening social phobia in adolescents from general population: the validity of the Social Phobia Inventory (SPIN) against a clinical interview. *Eur Psychiatry*. 2007;22(4):244-51.
- Antony MM, Coons MJ, McCabe RE, Ashbaugh A, Swinson RP. Psychometric properties of the social phobia inventory: further evaluation. *Behav Res Ther*. 2006;44(8):1177-85.
- Vilete L, Coutinho E, Figueira I. Confiabilidade da versão em português do inventário de fobia social (SPIN) entre adolescentes e estudantes do Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2004;20(1):89-99.
- SPSS Incorporation. Statistical Package for Social Science (SPSS). Release 8.0.SPSS Inc., Chicago, 1997.
- Albano AM, Detweiler ME. The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. In: Hoffmann SG, Dibartolo PM, editores. *From social anxiety to social phobia: multiple perspectives*. Boston: Allyn & Bacon; 2001. p. 162-78.
- Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):329-36.
- Canals J, Domènech E, Carbajo G, Bladé J. Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;96(4):287-94.
- Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31(6):1070-6.
- Beidel DC, Ferrell C, Alfano CA, Yeganeh R. The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24(4): 831-46.
- Olivares Rodríguez J, Caballo VE, García-López LJ, Rosa Alcázar AI, López-Gollonet C. Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicol Cond*. 2003;11(3):405-28.
- Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(4):282-8.
- Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1992;241(4):247-58.
- Hofmann SG, Albano AM, Heimberg RG, Tracey S, Chorpita BF, Barlow DH. Subtypes of social phobia in adolescents. *Depress Anxiety*. 1999;9(1):15-8.
- Piqueras JA, Olivares J, López-Pina JA. A new proposal for the subtypes of social phobia in a sample of Spanish adolescents. *J Anxiety Disord*. 2008;22(1):67-77.
- Olivares Rodríguez J, Piqueras Rodríguez JA, Rosa Alcázar AI. Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*. 2006;18(2):207-12.
- Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon BA, Gitow A, et al. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(8):322-31.
- Sheeran T, Zimmerman M. Social phobia: still a neglected anxiety disorder? *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(11):786-8.
- Van Ameringen M, Mancini C, Farrowden P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. *J Anxiety Disord*. 2003;17(5):561-71.