

Małgorzata Dąbkowska

Zastosowanie moklobemidu w leczeniu zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży – doniesienie wstępne

Katedra i Klinika Psychiatrii AM w Bydgoszczy

Streszczenie

Omówiono piśmiennictwo dotyczące stosowania moklobemidu w wieku rozwojowym. Przedstawiono własne doświadczenia zastosowania moklobemidu w terapii zaburzeń lękowych i nastroju w grupie młodzieżowych pacjentów. Rozpowszechnienie stosowania leków nowej generacji w populacji dzieci i młodzieży wymaga licznych wnikliwych badań klinicznych.

Dotychczasowe doświadczenia w stosowaniu moklobemidu w wieku rozwojowym

W wieku rozwojowym wskazania do stosowania leków przeciwdepresyjnych wykraczają szeroko poza samą depresję, której występowanie u dzieci i młodzieży określa się wg różnych autorów od 0,6% do 33% (Witkowska-Ulatowska, 2000). Podobne do wieku dorosłego jest rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w wieku rozwojowym; dotyczy 8,9% populacji dzieci oraz 8,7% populacji młodzieży (Popper, 1993). Niektóre zaburzenia lękowe szczególnie dotyczą wieku rozwojowego, częściej występują niż u dorosłych, jak np. lęk uogólniony. Niektóre zaburzenia lękowe, jak lęk separacyjny (4% populacji dziecięcej i 1% populacji młodzieży), czy zachowania unikające, są charakterystyczne tylko dla wieku dziecięcego. Wczesne podjęcie leczenia zaburzeń lękowych u dzieci ma znaczenie w profilaktyce choroby afektywnej w wieku dorosłym. Innym wskazaniem do stosowania leków wpływających na przewodnictwo synaptyczne jest zespół natręctw, którego początki często dotyczą wieku dziecięcego. Spoza kręgu zaburzeń depresyjno-lękowych wskazaniem do stosowania leków poprawiających przewodnictwo synaptyczne komórek nerwowej są zaburzenia charakterystyczne dla wieku dziecięcego, jak choroba tikowa, moczenie nocne, zespół deficytu uwagi oraz charakterystyczne dla okresu dojrzewania zaburzenia odżywiania. Także w głębszych zaburzeniach rozwojowych ze stereotypowym zachowaniem, z samookaleczeniami, w autyzmie oraz w zachowaniach nawykowych czy w trichotillomanii są stosowane leki wpływające na neuroprzewodnictwo.

Stosowanie leków psychotropowych w okresie rozwoju organizmu podlega odrębnym zasadom farmakokinetyki (Clein i in., 1996). U dzieci jest szybsza absorpcja leku w organizmie, lepsza przepuszczalność bariery krew–płyn móz-

gowo-rdzeniowy, szybszy metabolizm leków z powodu większej aktywności enzymów wątrobowych, inna dystrybucja leku z uwagi na wyższy poziom lipidów i większej objętości wody pozakomórkowej, większe wahania poziomu leku w ciągu doby. Odpowiedź na leki psychotropowe może być różna od znanej u osób dorosłych ze względu na wolniejsze dojrzewanie układu noradrenergicznego OUN i większe nasycenie w okresie rozwojowym receptorami D1 i D2. Hormony płciowe w okresie dojrzewania mogą zmniejszać efektywność leków psychotropowych poprzez wpływ na wiązanie z białkami osocza. Odrębności farmakokinetyki wieku rozwojowego wskazują na szczególną zasadność stosowania leków o większej selektywności u dzieci.

W przeszłości stosowano u dzieci nieselektywne inhibitory monoamino-oksydazy, np. w zespołach wzmożonej pobudliwości ruchowej zgodnie z hipotezą zaburzeń monoaminowej oksydazy w ADHD. Donoszono o dobrej skuteczności kłorgyliny i tranilcyprominy, ale nie deprenylu u nadruchliwych dzieci. Nieodwracalne IMAO w leczeniu depresji wieku rozwojowego uważano jako skuteczne, ale drugiego rzutu ze względu na objawy uboczne (Wappler i in., 1996). Obecność moklobemidu – selektywnego, odwracalnego IMAO typu A rozszerza możliwości lecznicze w grupie pacjentów w okresie rozwojowym. Lekom psychotropowym stosowanym u dzieci i młodzieży stawiane są szczególne wymagania pod względem bezpieczeństwa, tolerancji i wpływu na funkcje poznawcze. Dotychczasowe doniesienia na temat stosowania moklobemidu w wieku rozwojowym dotyczą przede wszystkim zespołu deficytu uwagi, gdzie występują zaburzenia przekąźnictwa noradrenergicznego (kora przedczołowa, kora tylnociemiowa, miejsce sinawe), nieprawidłowa czynność receptorów dopaminergicznych (deficyt kontroli hamowania), zaburzenia czynności receptorów serotoninergetycznych (zachowania impulsywne i agresja).

W badaniach Trott i in. (1991, 1992) oceniających skuteczność moklobemidu u dzieci z diagnozą ADHD obserwowano poprawę koncentracji uwagi potwierdzoną testami neuropsychologicznymi oraz dobrą tolerancję leku. Podawano lek już dzieciom sześciolatnim. Mapowanie mózgu po kuracji moklobemidem wykazało spadek aktywności delta w płacie czołowym. W mniejszym stopniu obserwowano wpływ na obniżony nastrój i niespokojne zachowanie. W Polsce badania oceniające moklobemid u dzieci przeprowadził Antkowiak i Rajewski (1998). Stosowano ocenę psychometryczną i neuropsychologiczną skuteczności leku u dzieci w wieku 6–13 lat. Lepszą skuteczność obserwowano w skalach samooceny pacjentów niż w opiniach rodziców oraz bardziej w zakresie poprawy uwagi niż nadruchliwości. Badania eksperymentalne wykazały pozytywny wpływ moklobemidu na poprawę uwagi co autorzy tłumaczą korzystnym działaniem leku na przekąźnictwo międzypółkulowe w zakresie monoamin mózgowych. Opisano bezpieczne długofalowe podawanie moklobemidu u młodego pacjenta z ADHD obciążonego złośliwą hypertermią rodzinną, u którego uprzednio nieskuteczne były leki psychostymulujące. Podawanie długofalowe IMAO-A nie przyczyniło się do ujawnienia fenotypowego choroby genetycznej.

Stosowano moklobemid w leczeniu depresji u dzieci i młodzieży. Największą próbą było badanie randomizowane, z podwójnie ślepą próbą u 136 pacjentów młodzieżowych (Berard, 1998). Zanotowano podobną skuteczność moklobemiu do imipraminy przy jednocześnie mniejszej ilości objawów ubocznych. Podejmowano próby stosowania moklobemidu w zaburzeniach lękowych u dzieci i młodzieży. W przypadku lęku społecznego obserwowano zmniejszenie lęku, poprawę nastroju i aktywności (Kaminer i Stein, 1999). Zastosowano moklobemid w terapii stresowych zaburzeń pourazowych u 60 dzieci i młodzieży z terenów objętych wojną w Jugosławii (Ljubimirovic i in., 1997). U leczonych dzieci osiągnięto zmniejszenie ruminacji i antycypacji lękowych, poprawę nastroju. Lek podawano przez przynajmniej 3 miesiące i stwierdzono niewielkie objawy uboczne potwierdzając bezpieczeństwo długofalowego stosowania leku w okresie rozwojowym. Obserwowano korzystne efekty moklobemidu w fobii szkolnej jako przejawu lęku separacyjnego (Dąbkowska, 2000). Moklobemid może być szczególnie korzystny dla tych pacjentów, którym niezależnie od objawów stawiane są wymagania szkolne. Oceniając wpływ moklobemidu na funkcje kognitywne i psychomotoryczne u zdrowych młodych ochotników w porównaniu do amitryptyliny lub placebo potwierdzono brak osłabienia funkcji poznawczych, pamięciowych, psychomotorycznych oraz brak sedacji w ciągu dnia podczas podawania leku (Fairweather i in., 1993). Brak wywoływania senności i brak negatywnego wpływu na uwagę w porównaniu do klasycznych leków przeciwdepresyjnych może być wskazaniem do wyboru moklobemidu w terapii pacjentów uczących się.

Material i metoda

Moklobemid stosowano u 15 adolescentów w wieku 12–19 lat, (średnia wieku 16 lat), u 6 dziewcząt i 9 chłopców. Stosowano lek w następujących zaburzeniach psychicznych wg kryterium DSM-IV: zespół depresyjny – 5 osób, fobia społeczna – 5 osób, lęk separacyjny (fobia szkolna) – 5 osób. Leczona młodzież była pacjentami ambulatoryjnymi. Moklobemid (Aurorix) stosowano w większości przypadków w dawce 300 mg/db, u 1 osoby w dawce 150 mg/db, u 1 osoby 450 mg/db; w dwóch dawkach dobowych. Czas obserwacji wynosił minimum 4 tygodnie do 6 miesięcy. Średni czas stosowania leku do chwili oceny wynosił dwa miesiące. U części pacjentów moklobemid był kolejnym lekiem. W poprzednich kuracjach stosowano: klomipraminę, desimipraminę, amitryptylinę, imipraminę. Poprawę oceniano za pomocą czteropunktowej skali poprawy (bardzo dobra – całkowite lub prawie całkowite ustąpienie objawów, dobra – częściowe ustąpienie objawów, mierna – nieznaczna poprawa; bez poprawy lub pogorszenie). Oceniano także funkcjonowanie szkolne i rówieśnicze w opinii rodziców i samych pacjentów oraz objawy uboczne i niepożądane.

Wyniki i omówienie

Tabela 1. Charakterystyka kliniczno-demograficzna badanej grupy młodzieży

Liczba osób ogółem	15
Średnia wieku (lata)	16
Rozpiętość wieku (lata)	12–19
Dziewczęta (ilość osób)	6
Chłopcy (ilość osób)	9
Czas trwania choroby (lata)	1
Średnia wieku początku choroby (lata)	14
Diagnoza epizodu depresji	5
Diagnoza fobii społecznej	5
Diagnoza leku separacyjnego	5

U części osób stwierdzono występowanie podwójnej diagnozy – zaburzeń lękowych i depresyjnych. Współwystępowały także u poszczególnych pacjentów inne zaburzenia psychiczne takie, jak: zespół natręctw, choroba tikowa, zespół deficytu uwagi z nadrucliwością, dysleksja, zespół lęku napadowego. Z chorób somatycznych zanotowano sklerodermię i zespół Marfana.

Tabela 2. Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych w badanej grupie młodzieży

Poszczególne czynniki	Liczba osób
Obciążenia położnicze	1
Urazy głowy	1
Obciążenia genetyczne	7
Nieprawidłowe relacje rodzinne	4
Niepełna rodzina	3

W tej nielicznej grupie zanotowano powszechne obciążenie czynnikami ryzyka: ciężowo-porodowe lub uraz głowy – u 2 osób, dodatni wywiad rodzinny w kierunku zaburzeń psychicznych aż u 46% grupy (u 7 osób) oraz niekorzystne czynniki psychologiczne, jak nieprawidłowe relacje między rodzicami i niepełna rodzina u 46% grupy.

Tabela 3. Obciążenie rodzinne zaburzeniami psychicznymi w badanej grupie

Diagnoza	Krewni:	
	I stopnia	II stopnia
Zaburzenia depresyjne nawracające	4	
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	1	
Zaburzenia schizotypowe	1	
Zaburzenia schizoafektywne	1	
Zespół zależności alkoholowej	2	2
Razem	9	2

Zwraca uwagę znaczne obciążenie genetyczne chorobami psychicznymi badanej grupy adolescentów z zaburzeniami nastroju i lękowymi. Ogólna liczba krewnych z chorobami psychicznymi przedstawianej grupy młodzieży wynosi 11 osób. Tak częste występowanie obciążenia genetycznego zgodne jest ze zjawiskiem coraz wcześniejszego pojawiania się zaburzeń lękowych w kolejnych pokoleniach (Battaglia i in., 1998).

Tabela 4. Ocena skuteczności i tolerancji moklobemidu w badanej grupie młodzieży

	Odsetek grupy
Dobra skuteczność	75%
Brak poprawy	13%
Objawy uboczne i niepożądane	13%
Złe funkcjonowanie szkoły	13%

Dobłą i bardzo dobrą skuteczność leku ze znaczącą poprawą (całkowitym lub prawie całkowitym i częściowym ustąpieniem objawów) zanotowano u 75% grupy. Nieznaczną poprawę lub brak poprawy stwierdzono u 13% pacjentów, u których zastosowano moklobemid. U dwóch osób (13% grupy) odstawiono lek z powodu objawów ubocznych i niepożądanych. Poprawę funkcjonowania szkolnego (przyswajanie materiału, polepszenie ocen) oraz poprawę funkcjonowania społecznego, głównie rówieśniczego (wycofanie się z izolacji od środowiska młodzieżowego) zgłaszało 75% grupy. Dwie osoby (13% grupy) pomimo leczenia nadal korzystały z nauczania indywidualnego. Prawie wszystkie osoby, bo aż 87% bardzo dobrze i dobrze tolerowały moklobemid. Dwie osoby nie kontynuowały terapii moklobemidem z powodu objawów ubocznych lub niepożądanych. U jednej osoby nadmierna senność w ciągu dnia uniemożliwiała naukę szkolną. U jednego pacjenta zanotowano zespół hipomaniakalny, którego objawy utrzymywały się przez 2–3 tygodnie po odstawieniu leku. Wystąpienie zespołu hipomaniakalnego podczas terapii moklobemidem wskazuje na konieczność częstego monitorowania podczas kuracji.

Tabela 5. Ocena skuteczności i tolerancji moklobemidu w badanej grupie młodzieży w zależności od diagnozy

Diagnoza	Depresja (5 osób)	Fobia szkolna (5 osób)	Fobia społeczna (5 osób)
Dobra skuteczność (odsetki)	80%	40%	100%
Dobra tolerancja (odsetki)	60%	100%	100%

Najlepszą skuteczność obserwowano w podgrupie pacjentów z fobią społeczną, co zgodne jest z dotychczasowymi doświadczeniami na temat moklobemidu jako zalecanego leku w tym zaburzeniu. Najmniej skutecznym w ba-

danej grupie uczniów okazał się lek w przypadkach lęku separacyjnego. Wyniki te jednak należy traktować ostrożnie ze względu na niewielką liczebność grup pacjentów z poszczególnymi diagnozami.

Podsumowanie

Pożądaną są dalsze badania nad lekiem w terapii zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. Brak doświadczeń w ocenie skuteczności i bezpieczeństwa leków nowej generacji u dzieci ogranicza ich stosowanie w tej grupie pacjentów, pomimo mniejszej ich toksyczności i lepszej tolerancji, a porównywalnej skuteczności terapeutycznej w stosunku do klasycznych leków przeciwdepresyjnych. Szczególnie cenne dla pacjentów w okresie rozwojowym są leki poprawiające funkcje poznawcze i umożliwiające naukę szkolną.

Wnioski

- 1) Moklobemid może być alternatywnym lekiem przeciwdepresyjnym dla pacjentów w okresie rozwojowym.
- 2) Moklobemid okazał się skutecznym lekiem zarówno w zaburzeniach nastroju oraz w zaburzeniach lękowych u młodzieży.
- 3) Moklobemid jest dobrze tolerowanym lekiem przez pacjentów w okresie rozwojowym.

Piśmiennictwo

1. Antkowiak R., Rajewski A.: Zastosowanie moklobemidu w leczeniu deficytu uwagi z nad-ruchliwością. *Psychiatr. Pol.*, 1998, 6, 7751–7757
2. Battaglia M., Bartella S., Bajo S., Binaghi F., Bellodi L.: Coraz wcześniejsze występowanie zaburzeń lękowych w kolejnych pokoleniach. *Am. J. Psychiatry*, 1998, May, vol. 155, 590–595
3. Berard R.M.F.: Clinical trials and tribulations in the pharmacological treatment of adolescent depression. XXIst CINP Congress abstracts., Glasgow, 1998, 148–149
4. Clein P. D., Riddle M.: Child and adolescent psychiatry. W: Lewis M. (red.), *Pharmacokinetics in children and adolescents*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1996, 765–771
5. Dąbkowska M.: Risk factors of school phobia. *European Neuropsychopharmacology* 2000, vol. 10, suppl 2, S73–S74
6. Faiweather D.B., Kerr J.S., Hindmarch I.: The effects of moklobemide on psychomotor performance and cognitive function. *Int. J. Psychopharmacol.*, 1993, 8, 43–47
7. Kammer D., Stein D.J.: Social anxiety disorder in child and adolescents. W: Westenberg H.G.M., Boer J.A. (red), *Social Anxiety Disorder*. Synthesis, Amsterdam, 1999, 117–127
8. Ljubimirovic N., Munjiza M., Popovic-Deusic S.: The therapy of war-traumatized adolescent. *Europ. Neuropsychopharmacol.*, 1997, 2, (suppl. 2) 212
9. Popper C.W.: Psychopharmacologic treatment of anxiety disorders in adolescents and children. *J. Clin. Psychiatr.*, 1993, 54, 5 suppl, 52–63
10. Trott G.E., Menzel M., Friese H.J., Nissen G.: Effectiveness and tolerance of the selective MAO-A inhibitor moclobemide in children with hyperkinetic syndrom. *Z – Kinder-Jugendpsychiatr.* 1991 Dec., 19 (4): 248–53

11. Trott G.E., Friese H.J., Nissen G.: Use of moclobemide in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopharmacol.*, 1992, 106, 134–136
12. Wappler F., Kochling A., Roewer N.: Are monamine oxidase inhibitors in disposition to malignant hyperthermia contraindicated? Discussion based on a case report. *Anesthesiol-Intensivmed – Notfallmed-Schmerzther.* 1996 Aug; 31(6): 349–53
13. Weller E.B., Weller R.A., Svadijan H.: Mood disorder. W: *Child and Adolescent Psychiatry*. red. Lewis M. William & Wilkins, Baltimore, 1996, 650–673
14. Witkowska-Ulatowska H.: Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań. W: *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Bibl. Psych. Pol.*, Kraków 2000, 137–144

SKALA FOBII SPOŁECZNEJ LIEBOWITZA (LSAS-SR)

Nazwisko i imię data

Odpowiedzi na pytania w kwestionariuszu dotyczą występowania objawów w ciągu ostatniego tygodnia. Proszę dokładnie odpowiedzieć na każde pytanie:

Obawa lub lęk	Unikanie
0 = brak	0 = nigdy (0%)
1 = słaby	1 = czasami (1-33% czasu)
2 = średni	2 = często (33-67% czasu)
3 = silny	3 = zwykle (67-100% of the time)

Proszę o ocenę samopoczucia w następujących sytuacjach	odczuwam obawę, lęk	unikam
1. Telefonowanie w miejscu publicznym		
2. Prowadzenie rozmowy z wieloma obcymi ludźmi		
3. Jedzenie w miejscu publicznym (drżą ręce lub czuje się Pani/Pan zażenowany)		
4. Picie napojów zawierających alkohol w miejscu publicznym w towarzystwie innych osób		
5. Rozmowa z ważnymi dla Pani/Pana osobami (np. przełożony, nauczyciel)		
6. Występowanie, granie, przemawianie przed publicznością (przed dużą liczbą osób)		
7. Chodzenie na przyjęcia w których uczestniczą obce osoby.		
8. Praca gdy jest Pani/Pan obserwowany (unikanie każdej pracy włącznie z pracami domowymi i szkołą czy uczelnią).		
9. Pisanie gdy ktoś się przygląda (np. wypełnianie czeku w banku)		
10. Telefonowanie do osoby której nie zna Pani/Pan dobrze		
11. Rozmowa z ludźmi których Pani/Pan nie zna zbyt dobrze		
12. Spotkanie z nieznanymi (przyjmując że nie są to dla Pani/Pana ważne osoby)		
13. Oddawanie moczu w publicznej toalecie (zakładając, że obecne są inne osoby)		
14. Wchodzenie do pomieszczeń gdy już ktoś tam siedzi (dotyczy małej grupy, nikt nie musi ustępować Pani/Panu miejsca)		
15. Znajdowanie się w centrum zainteresowania (wypowiadanie się w grupie)		
16. Przemawianie na spotkaniu z nieznaną grupą osób lub wystąpienie przed dużą liczbą osób.		
17. Zdawanie testu pisemnego.		

Proszę o ocenę samopoczucia w następujących sytuacjach	odczuwam obawę, lęk	unikam
18. Wyrażanie dezaprobaty w stosunku do osób niezbyt dobrze Pani/Panu znanych.		
19. Kontakt wzrokowy z osobami niezbyt dobrze znanymi (unikanie patrzenia wprost w oczy).		
20. Wypowiadanie własnych ocen w małej grupie ludzi.		
21. Nawiązywanie kontaktu z nieznanymi osobami (w poszukiwaniu partnera, znajomości).		
22. Zwracanie towarów, zakupów w sklepie gdzie dopuszczalne jest przyjmowanie zwrotów.		
23. Wydawanie przyjęcia.		
24. Odporność na namowy sprzedawcy (unikanie wysłuchiwania zachęt).		

Interpretacja skali LSAS

Suma punktów	Stopień nasilenia fobii społecznej
50–65	średnie nasilenie fobii społecznej
65–80	nasiloną fobią społeczną
80–95	ciężką fobią społeczną
ponad 95	bardzo ciężką fobią społeczną

KWESTIONARIUSZ FOBII SOCJALNEJ SPIN

Przesiewowy test dotyczący zaburzeń lękowych w postaci fobii społecznej

Inicjały wiek Płeć data

Zastanów się ile z następujących problemów niepokoiło cię w ciągu ostatniego tygodnia.

Zastanów się jak bardzo były nasilone.

Wypełnij wszystkie punkty zaznaczając tylko jeden kwadrat w każdym z nich.

1. Obawiam się ważnych osób.

brak objawu	nieznaczny	średnio nasilony	bardzo nasilony	skrajnie nasilony
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Boję się, że się zaczerwienię w obecności innych osób.

brak objawu	nieznaczny	średnio nasilony	bardzo nasilony	skrajnie nasilony
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Boję się przyjąć i spotkań towarzyskich.

brak objawu	nieznaczny	średnio nasilony	bardzo nasilony	skrajnie nasilony
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Unikam rozmów z nieznanymi.

brak objawu	nieznaczny	średnio nasilony	bardzo nasilony	skrajnie nasilony
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Bardzo boję się krytyki.

brak objawu	nieznaczny	średnio nasilony	bardzo nasilony	skrajnie nasilony
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Boję się zakłopotania, unikam robienia pewnych rzeczy i rozmów z ludźmi.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| brak objawu | nieznaczny | średnio nasilony | bardzo nasilony | skrajnie nasilony |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
7. Pocenie się w obecności innych osób jest dla mnie kłopotliwe.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| brak objawu | nieznaczny | średnio nasilony | bardzo nasilony | skrajnie nasilony |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
8. Unikam chodzenia na przyjęcia.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| brak objawu | nieznaczny | średnio nasilony | bardzo nasilony | skrajnie nasilony |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
9. Unikam znalezienia się w centrum uwagi.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| brak objawu | nieznaczny | średnio nasilony | bardzo nasilony | skrajnie nasilony |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
10. Boję się rozmowy z nieznanymi.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| brak objawu | nieznaczny | średnio nasilony | bardzo nasilony | skrajnie nasilony |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
11. Unikam publicznego wypowiedzania się, publicznych wystąpień.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| brak objawu | nieznaczny | średnio nasilony | bardzo nasilony | skrajnie nasilony |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
12. Zrobiłbym wszystko aby uniknąć krytyki.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| brak objawu | nieznaczny | średnio nasilony | bardzo nasilony | skrajnie nasilony |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
13. Gdy jestem wśród ludzi odczuwam kołatanie serca.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| brak objawu | nieznaczny | średnio nasilony | bardzo nasilony | skrajnie nasilony |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
14. Obawiam się wykonywać różne czynności gdy inni na mnie patrzą.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| brak objawu | nieznaczny | średnio nasilony | bardzo nasilony | skrajnie nasilony |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
15. Najbardziej obawiam się, że zostanę oceniony jako zakłopotany lub śmieszny.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| brak objawu | nieznaczny | średnio nasilony | bardzo nasilony | skrajnie nasilony |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
16. Unikam rozmów z osobami ważnymi.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| brak objawu | nieznaczny | średnio nasilony | bardzo nasilony | skrajnie nasilony |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
17. Przeszkadza mi gdy w obecności innych osób występuje u mnie drżenie rąk lub dygotanie.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| brak objawu | nieznaczny | średnio nasilony | bardzo nasilony | skrajnie nasilony |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PIŚMIENNICTWO

Liebowitz M.R.: Social phobia. Mod. Probl. Pharmacopsychiatry 1987, 22, 141-173