

Jacek Bomba

Fobia społeczna

Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Streszczenie

Fobia społeczna jest stosunkowo niedawno wyodrębnionym zaburzeniem, którego głównymi objawami są pierwotny lęk przed oceną innych ludzi w małej grupie społecznej i do tych sytuacji jest ograniczony. Towarzyszy mu unikanie takich sytuacji.

Fobia społeczna może przybierać różne postacie takie jak: lęk przed czerwieniem się, jedzeniem wśród ludzi, załatwianiem potrzeb fizjologicznych, wymiotowaniem. Zawsze jednak dotyczy sytuacji społecznej, z wyłączeniem własnej rodziny.

Szczególną postacią fobii społecznej jest lęk przed publicznym występowaniem.

Fobie społeczne mogą obejmować określone i sytuacje i zachowania, mogą też mieć charakter rozlany. W szczególnych przypadkach lęk może dotyczyć wystąpienia ataku lękowego. Może też być trudny do odróżnienia od lęku przed przebywaniem poza domem, lub bez obecności kogoś bliskiego (agorafobia).

Istotnym czynnikiem wyróżniającym fobię społeczną jest pierwotny charakter lęku, to znaczy, że nie jest on następstwem myśli natrętnych lub urojeniowych, ani nie jest związany z rzeczywistymi utrudnieniami funkcjonowania w grupie (np. jękaniem się).

Zaburzenie ma zazwyczaj wczesny początek: przed 18. rokiem życia, chociaż może rozpoczynać się w dzieciństwie. Nielezione ma przebieg przewlekły i prowadzi nierzadko do niemożności wykorzystania własnych szans, do niepowodzeń życiowych, oraz inwalidyzacji.

Fobie społeczne współwystępują z wieloma zaburzeniami psychicznymi wśród których jako najistotniejsze wymienia się inne zaburzenia lękowe, depresję i uzależnienia, zwłaszcza od alkoholu.

Patogeneza fobii społecznej nie jest wyjaśniona. Interpretacje psychodynamiczne podkreślają symboliczny wyraz objawu, oraz udział mechanizmów obronnych ego w powstaniu zaburzenia. Interpretacje behawioralne zwracają uwagę na warunkujący charakter doświadczeń społecznych. Podejście poznawcze z kolei podkreśla rolę utrwalonego schematu niskiej samooceny. Próby biologicznego wyjaśnienia patogenezy fobii społecznej doprowadziły do powstania trzech teorii neuroprzekaznikowych: adrenergicznej, dopaminowej i serotoninowej.

Za najskuteczniejsze metody leczenia uważa się integrację psychoterapii, zwłaszcza etod poznawczo-behawioralnych i farmakoterapii. W leczeniu farmakologicznym, w zależności od typu lęku oraz obecności innych zaburzeń współwystępujących, zastosowanie mają benzodiazepiny, buspiron, swoiste odwracalne inhibitory monoaminoooksydazy typu A oraz inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny. SSRI traktowane są obecnie jako leki z wyboru w farmakologicznym leczeniu fobii społecznej. Betablokery zalecane są w fobiach przed publicznym występowaniem. W psychoterapii fobii społecznej podkreśla się efektywność łączenia restrukturyzacji poznawczej i postępowania behawioralnego.

Summary

ICD-10 introduces social phobia as a separate disorder among anxiety disorders. The leading symptom is a fear of scrutiny by other people in relatively small groups accompanied by avoidance

of social situations. This fear may be discrete to e.g. reddening in front of others, eating in public, visiting a public toilet, vomiting in social situation. May also be diffuse and concern all social situations outside family circle. A special form of social phobia is a fear speaking in public or performing. In specific cases a fear may be related to possible panic attack and so difficult to differentiate with agoraphobia.

Important differentiating factor is a primary character of fear, which is not related to delusional or obsessive thinking nor connected with real problems in functioning in groups (as in a case of stuttering).

The disorder has usually early beginning (before 18), sometimes in childhood. Not treated may result to underachievements, failures and incapacitation.

Comorbidity is quite often for patients with social phobia. Other anxiety disorders, depression and substance abuse and dependence (esp. on alcohol) are among the most often.

Pathogenesis of social phobia is not clear. Psychodynamic interpretations emphasise symbolic character of symptoms and the role of ego defence mechanisms in development of phobias. Behavioural ones turn attention towards the conditioning of social experience. Cognitive approach accentuates a rigid scheme of self-esteem. Biological explanations led to three hypotheses: adrenergic, serotonergic and dopaminergic.

The most effective in therapy appears to be integration of psychotherapy, especially cognitive-behavioural approach and pharmacotherapy. The last one has to take into account a type of anxiety and comorbid conditions. Benzodiazepines, buspiron, IMAO type A and SSRIs were found as effective. The last group has been recently suggested as the first choice medication in social phobia. In performance type of social phobia betablockers were found useful. In psychotherapy combination of behavioural exposure and cognitive restructuring are emphasised.

Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania (ICD-10) (1997) w zaburzeniach nerwicowych, a Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) w zaburzeniach lękowych, wyróżniają jako odrębną kategorię fobię społeczną (F40.1 w ICD-10). Autorzy obu systemów klasyfikacyjnych zastrzegają, że wyróżnione w nich kategorie, oparte na współwystępowaniu objawów w zespołach, oddają nie tyle rzeczywistość, ile aktualny stan wiedzy (First, 1995). Domniemania na temat patogenezы nie są, z założenia, brane pod uwagę. U podstaw tworzenia kategorii leży jednak nadzieja na poszerzenie wiedzy i dotarcie do swoistych dla tych konfiguracji dysfunkcji biologicznych. Założenia te odległe są od tradycyjnych, także w polskiej psychiatrii, sposobów traktowania nerwic, w których podkreśla się „czynnościowy” charakter zaburzeń (Aleksandrowicz, 1998) i uważa lęk za ich objaw podstawowy (Kępiński, 1972). Warto też przypomnieć istony w badaniu zaburzeń nerwicowych kierunek zwracający uwagę na zmienność objawową nerwic w ich dynamice (Aleksandrowicz, 2000).

Pojęcie fobii społecznej pojawiło się w piśmiennictwie psychiatrycznym w latach sześćdziesiątych (Montgomery 1995). Zainteresowanie fobiami wiąże się z intensywnymi w tym czasie pracami nad efektywnością terapii behawioralnej, które dowodziły wysokiej skuteczności tych metod leczenia w zaburzeniach, których objawem jest lęk. Badania prowadzone Instytucie Psychiatrii w Londynie zwróciły uwagę na szczególne zachowanie – unikanie sytuacji, z którymi lęk był związany. To zachowanie – unikanie – jest istotnym elemen-

tem w definicji fobii, tak jak ją podaje ICD-10 (1997): „lęk wywoływany jest tylko lub przede wszystkim przez pewne określone sytuacje, czy przedmioty (zewnątrzne w stosunku do osoby), które nie są obiektywnie niebezpieczne. W wyniku takiego lęku, osoba w charakterystyczny sposób unika tych sytuacji lub z przerażeniem przeżywa ich pojawienie się. Przeżywanie lęku fobicznego nie różni się od przeżywania innych postaci lęku (pod względem subiektywnym, fizjologicznym ani behawioralnym). Może mieć różne nasilenie od lekkiego niepokoju do pełnego przerażenia. ... Nawet sama myśl o znalezieniu się w sytuacji fobicznej powoduje wystąpienie lęku antycypacyjnego.”

Szczególność fobii społecznej, która stała się podstawą jej wyodrębnienia w grupie zaburzeń fobijnych jest koncentracja „wokół obawy przed oceną przez innych ludzi skupionych w stosunkowo małych grupach (w przeciwieństwie do tłumu), co prowadzi do unikania sytuacji społecznych. ... Mogą być określone (np. ograniczone do jedzenia w miejscach publicznych, do wystąpień publicznych lub do spotkań z przedstawicielami płci przeciwnej) lub rozlane, obejmujące niemal wszystkie sytuacje społeczne poza kręgiem najbliższej rodziny. ... mogą przejawiać się jako skargi na czerwienienie się, drżenie rąk, nudności czy nagłą potrzebę natychmiastowego oddania moczu. Pacjent jest często przekonany, że jeden z tych wtórnych przejawów lęku stanowi pierwotny problem. Objawy mogą nasilać się do rozmiaru napadów lękowych (paniki). Unikanie jest często wyraźne, a w krańcowych przypadkach może doprowadzić do całkowitej izolacji społecznej” (ICD-10, 1997).

Według ICD-10 rozpoznanie fobii społecznej musi opierać się na stwierdzeniu obecności trzech kryteriów:

1. Objawy psychologiczne, behawioralne i autonomiczne (wegetatywne) są pierwotnym przejawem lęku, a nie wtórnym względem innych objawów takich jak urojenia czy myśli natrętne.
2. Lęk jest ograniczony do sytuacji społecznych i w takich sytuacjach przede wszystkim występuje.
3. Unikanie sytuacji społecznych jest cechą dominującą.

Warto przytoczyć też, dla porównania, kryteria diagnostyczne dla fobii społecznej podane w DSM-IV:

1. Znaczny i uporczywy lęk przed sytuacją publiczną (jednego lub wielu typów) związaną ze spotkaniem nieznanymi osobami i możliwością bycia ocenianym przez nie. Osoba boi się, że zachowa się w sposób upokarzający lub zawstydzający ją (okaże np. cechy lęku). U dzieci musi być dowód stosownej do wieku sprawności interakcji ze znajomymi dorosłymi, a lęk musi dotyczyć sytuacji z rówieśnikami, nie tylko z dorosłymi.
2. Ekspozycja na budzące lęk sytuacje niemal nieuchronnie prowokuje lęk, który może przybrać formę związanego z sytuacją ataku paniki. U dzieci atak może mieć formę krzyku, płaczu, wybuchu złości, ucieczki z budzącej lęk sytuacji.
3. Osoba zdaje sobie sprawę z nieadekwatności i nieracjonalności lęku (może nie występować u dzieci).

4. Unikanie sytuacji społecznych i publicznego występowania, lub poważne zaparcie się, aby je przetrzymać.
5. Unikanie, lękowa antycypacja, przykre uczucie (*distress*) w budzących lęk sytuacjach społecznych znacząco zaburza normalne postępowanie, pracę, naukę, życie towarzyskie, stosunki z innymi osobami, bądź stale obecny jest niepokój, że fobia wystąpi.
6. U osób poniżej 18 r.ż. co najmniej 6 miesięcy trwania.
7. Lęk lub unikanie nie jest następstwem bezpośrednich skutków jakiejś substancji (leku, środka psychoaktywnego), stanu zdrowia ogólnego, nie da się wyjaśnić lepiej innym zaburzeniem psychicznym (zaburzeniami lękowymi z napadami lęku, lękiem separacyjnym, dysmorfofobią, zaburzeniami rozwojowymi, schizoidią).
8. Jeżeli stwierdza się chorobę somatyczną lub inne zaburzenie psychiczne kryterium 1. nie może być z nią powiązane.

Zasadnicza różnica między klasyfikacją DSM-IV a ICD-10 dotyczy precyzji wyodrębnienia fobii społecznej wśród zaburzeń lękowych. I tak, ICD-10 przyjmuje możliwość występowania napadów lękowych w fobii społecznej, podczas gdy klasyfikacja amerykańska nadaje rangę pierwotności napadom lękowym a ewentualne objawy fobii społecznej traktuje jako zaburzenie współwystępujące. ICD-10 jest też mniej rygorystyczna w oddzielaniu fobii społecznej od agorafobii podkreślając trudności odróżnienia tych dwóch zaburzeń lękowych i przyjmując możliwość ich współwystępowania. DSM-IV wyraźnie podkreśla odrębność tych dwóch zaburzeń, i znaczenie lęku przed oceną w fobii społecznej. Jeszcze jedną różnicą między DSM-IV a ICD-10 jest sformułowanie w klasyfikacji amerykańskiej kryteriów diagnostycznych swoistych dla dzieci i młodzieży.

Dynamika kliniczna

Przyjmuje się, że fobia społeczna rozpoczyna się zazwyczaj w okresie dorostania, najczęściej przed 18 r.ż. Badania L.G. Oest prowadzone w Szwecji i opublikowane w 1987 r. wykazały, że początek fobii społecznej najczęściej przypada na okres od 10 do 20 r.ż. (za Barlow i Liebowitz 1995). Podobne dane przedstawił w oparciu o badania kliniczne Falén (1996/1997).

Lęk, któremu towarzyszą przykre objawy wegetatywne i unikanie sytuacji społecznych, w znaczący sposób ogranicza aktywność. Wśród cierpiącej na fobię społeczną młodzieży w wieku szkolnym około 43% unika chodzenia do szkoły, i odwrotnie, wśród odmawiających chodzenia do szkoły u około 30% stwierdza się fobię społeczną (Montgomery 1995). W konsekwencji, fobii społecznej przypisuje się znaczący wpływ na ograniczenie realizacji możliwości rozwojowych, zaniżone wyniki w nauce, osiąganie niskiego poziomu wykształcenia i brak przygotowania zawodowego, i w końcu na status socjoekonomiczny. Upatruje się też wpływ fobii społecznej na życie rodzinne dotkniętych nią osób, mniejsze możliwości spotkania partnera życiowego i założenia własnej rodziny.

Zaburzenie ma charakter przewlekły i często prowadzi do inwalidztwa, zwłaszcza w wymiarze społecznym (Davidson, 2000; Lépine i Péliissolo, 2000; Walker i Kjernsted, 2000). Badania nad tzw. naturalnym przebiegiem zaburzeń sugerują jednak, iż w 38% fobii społecznej występuje spontaniczna remisja (Chartier i wsp., 1998).

Badacze fobii społecznej różnią się sposobami rozwiązywania problemu różnorodności objawowej tego zaburzenia. W połowie lat dziewięćdziesiątych (Weinschenker i wsp., 1996/1997) w oparciu wyniki badań empirycznych przedstawiano koncepcję kontinuum głębokości i rozległości zaburzeń. W ostatnich latach, również na podstawie interpretacji empirycznych badań klinicznych, przeważa tendencja formułowania poglądu, iż fobia społeczna nie stanowi jednorodnej grupy i celowe jest wyróżnienie podtypów tego zaburzenia: fobii społecznej izolowanej i fobii społecznej uogólnionej (Hofmann i wsp., 1999; Lépine i Péliissolo, 2000; Walker i Kjernsted, 2000).

Badania wykazały także, że fobii społecznej towarzyszą inne zaburzenia psychiczne, wśród których najczęstsze są inne fobie izolowane (59%), agorafobia (45%), nadużywanie alkoholu (19%), duża depresja (17%), nadużywanie środków uzależniających (17%) (Montgomery 1995; Walker i Kjernsted, 2000).

Dane epidemiologiczne

Badania wskazują, że na fobię społeczną cierpi około 5–8% populacji (Walker i Kjernsted, 2000). Jednak u blisko 15% pojawia się w ciągu życia. Badania epidemiologiczne prowadzone w różnych krajach przynoszą niejednakowe wskaźniki rozpowszechnienia. Cierpi na nie na przykład jedna trzecia populacji wielkomijskiej Kanady (Stein, Walker, Forde 1996). W Stanach Zjednoczonych w bardziej rygorystycznych badaniach ustalono wskaźnik 13,3% (Magee i wsp. 1996). Zapadalność roczna w badaniach amerykańskich (Wells i wsp. 1994) wynosi 9%.

W zasadzie, przynajmniej w badaniach opartych na kryteriach diagnostycznych ICD-10 fobia społeczna występuje równie często u kobiet jak i u mężczyzn. W Stanach Zjednoczonych częściej dotknięte są nią kobiety w populacji ogólnej, natomiast wśród leczących się więcej jest mężczyzn (Barlow, Liebowitz 1995). Populacyjne badania francuskie wykazały wyraźnie większe rozpowszechnienie fobii społecznej wśród kobiet (5,4% v. 2,1%) (Lépine i Lellouch 1995; Lépine i Péliissolo, 2000).

Analizy demograficzne wyników badań epidemiologicznych wykazują, że osoby z fobią społeczną rzadziej (w porównaniu z innymi) zakładają rodziny i częściej się rozwodzą, mają niższe wykształcenie, niższe dochody, bywają zwalniane z pracy i mają więcej absencji i spóźnień do pracy (Davidson 1993, za Montgomery 1995).

Patogeneza fobii społecznych

Wyodrębnienie fobii społecznej jako jakości psychopatologicznej jest koncepcją stosunkowo młodą i poszukiwania patogenezy tego zaburzenia naznaczone są aktualnymi tendencjami w psychiatrii. Warto przypomnieć, że fobie jako objawy i jako zespoły psychopatologiczne znane są od dawna i mają bogatą literaturę interpretującą ich istotę. Przypadek fobii u dziecka należy do klasycznych opisów analizy Zygmunta Freuda (1922), którego interpretacja jest podstawą rozumienia fobii jako neurotycznego posługiwania się mechanizmami obronnymi.

Wczesny początek fobii społecznej każe upatrywać jej przyczyn w zakłóceniach wczesnego rozwoju. Wydaje się, że satysfakcjonujące rozwiązanie problemu wymaga integracji wiedzy zebranej przez psychiatrię dziecięcą i psychiatrię dorosłych. Integracja taka, a z jej potrzeby zdawano sobie sprawę co najmniej od pierwszej ćwierci stulecia, jak dotychczas nie nastąpiła i niewiele wskazuje aby miała rychło nastąpić. Podejmowane są natomiast próby wyjaśnienia niektórych zaburzeń psychicznych występujących w dzieciństwie mechanizmami fobii społecznej. Przykładem może być próba (Black, Uhde 1995) włączenia do tej kategorii dziecięcego mutyzmu wybiórczego.

Badania osobowości pacjentów z fobią społeczną wskazują na częstsze (w porównaniu z populacją ogólną i pacjentów z dużą depresją) występowanie u tych osób cech określanych jako introwertywność (Janowsky i wsp., 2000). Interpretacja tych danych zmierza obecnie w kierunku wyjaśnień biologicznych. Wzmacniają ją wyniki analizy rodzinnego występowania tego zaburzenia: krewni pierwszego stopnia osób z fobią społeczną dotknięci są tym samym zaburzeniem trzykrotnie częściej, niż krewni osób bez zaburzeń. Także badania bliźniąt wykazały częstsze współwystępowanie fobii społecznej u bliźniąt mono- niż dwuzygotycznych (wg Kaplan, Saddock i Grebb 1994).

Biologiczne wyjaśnianie fobii społecznej opierają się przede wszystkim na ocenie skuteczności działania leków o znanym mechanizmie działania (Den Boer i wsp., 2000). Efekty leczenia betablokerami stały się podstawą teorii adrenergicznej (słabej regulacji systemu metabolizmu amin biogennych – Liebowitz 1984). W badaniach empirycznych weryfikujących tą teorię stwierdzono, że fobiom społecznym w 50% przypadków (Hollander, Liebowitz 1988) towarzyszy wzrost poziomu epinefryny, norepinefryny, fenyletylaminy lub innych amin biogennych, co zdaniem tych autorów świadczy o większej wrażliwości na stymulację adrenergiczną. Z kolei efekty leczenia inhibitorami monoamino-oksydazy przyczyniły się do powstania teorii dopaminergicznej. Podobnie, wyniki leczenia wybiórczymi inhibitorami zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI), zwróciły uwagę na rolę serotoniny w fobii społecznej (Jefferson 1996). Warto zwrócić uwagę na inne poszukiwania biologiczne nad funkcjonowaniem ośrodkowego układu nerwowego, w tym badania neuroendokrynologiczne, które sugerują, iż niedobór hormonu wzrostu, którego rolą w patogenezie depresji interesowano się wcześniej, może mieć wpływ na występowanie fobii

społecznej (Stabler i wsp. 1996). W ostatnim czasie (Davidson, 2000) powraca się do rozumienia fobii społecznej jako zaburzenia o wieloczynnikowej patogenezie obejmującej czynniki genetyczne i rodzinne, wczesne doświadczenia i mechanizmy poznawcze.

Rozpoznawanie

Rozpoznawanie fobii społecznej opiera się na wymienionych wcześniej kryteriach diagnostycznych ICD-10. Lęk przed krytyczną oceną innych w małych grupach społecznych może dotyczyć niektórych tylko sytuacji takich jak jedzenie w obecności innych, mówienie w obecności innych, spotkania z osobami płci przeciwnej, załatwianie się w miejscach publicznych. Może mieć charakter obawy przed zaczerwienieniem się, lub nudnościami i wymiotami. Objawy mogą też mieć charakter rozlany i dotyczyć każdej sytuacji grupowej z wyjątkiem kręgu rodzinnego. Fobii społecznej zwykle towarzyszy niska samoocena i obawa przed krytyką. Ważnym kryterium różnicującym jest pierwotny charakter psychicznych i wegetatywnych przejawów lęku. Istotne jest wykluczenie ich urojeniowego lub anankastycznego podłoża. Innym ważnym kryterium diagnostycznym jest ograniczenie występowania lęku do określonych sytuacji o charakterze towarzyskim i społecznym.

Kolejnym istotnym elementem objawowym jest unikanie wywołujących lęk sytuacji do całkowitego wycofania i izolacji społecznej. Objawy skrajnie nasilonej fobii społecznej bardzo przypominają agorafobię i depresję i są trudne do odróżnienia od tych zespołów. Przyjmuje się jako zasadę, że w przypadkach wątpliwych daje się pierwszeństwo rozpoznaniu agorafobii, a rozpoznanie depresji opiera na obecności pełnego zespołu jej objawów. Zakłopotanie w sytuacjach społecznych i unikanie ich z powodu objawów innych zaburzeń takich jak np. jękanie się nie jest traktowane jako fobia społeczna.

Leczenie

Leczenie fobii społecznej ma, poza poprawą samopoczucia i sprawności chorych, zapobiegać rozwojowi zaburzeń współwystępujących z fobią społeczną. Zakłada się także, że podjęcie leczenia jest celowe, kiedy fobia społeczna prowadzi do znaczącego zakłócenia funkcjonowania psychospołecznego. Dla standaryzacji wskazań do podjęcia leczenia opracowano już szereg skal klinicznych w formie kwestionariuszy lub ustrukturuowanych wywiadów (przegląd tych narzędzi i ich przydatność omawiają Clark i wsp., 1997).

Dostępne są dwa sposoby postępowania terapeutycznego w przypadkach fobii społecznej: psychoterapeutyczny i farmakoterapeutyczny, a także postępowanie łączące te dwa sposoby, co jest obecnie szczególnie zalecane (Davidson, 2000; Walker i Kjernsted, 2000).

Psychoterapia

Wobec stosunkowo niedawnego wyodrębnienia fobii społecznej trudno o ocenę efektywności klasycznych metod psychoterapeutycznych w jej leczeniu. Sam problem nie jest przecież nowy, i zaburzenia traktowane obecnie jako fobia społeczna były i są leczone także psychoterapią psychodynamiczną (Menninger 1994, Zerbe 1994). Z oczywistych względów (idea wyodrębnienia zaburzeń fobijnych i ich badania wiążą się z pracami behawiorystów) znacznie więcej informacji o skuteczności psychoterapii fobii tyczy terapii behawioralnej. Jako skuteczne wymieniane są metody konfrontacji z bodźcem wywołującym lęk i metody relaksacyjne zmniejszające lęk.

Turner i Beidel (1994) porównywali skuteczność terapeutyczną behawioralnej metody zanurzania (flooding) i farmakoterapii (atenololem) wykazując wyraźniejszą efektywność postępowania psychoterapeutycznego. Badano też skuteczność terapii behawioralnej metodą ekspozycji *in vivo* oraz terapii poznawczej – oddzielnie oraz w kombinacji (Scholing i Emmelkamp 1993) wskazując na najwyższą efektywność, także w badaniu katamnesticznym leczenia złożonego z terapii poznawczej, po której prowadzono postępowanie behawioralne. Oceniano też, pozytywnie, długoterminowe wyniki behawioralnego leczenia ekspozycją (Hofmann, 2000). Podejmowano też próby leczenia fobii społecznej metodami terapii kognitywnej, nacelowanej na trening uwagi (Wells i wsp., 1997) przedstawiając skuteczność tego podejścia.

Opracowano metodę psychoterapii swoistą dla fobii społecznej. Znana jest w piśmiennictwie jako CBGT Heimberga (poznawczo-behawioralna terapia grupowa). Heimberg przedstawił ją po raz pierwszy w 1991 r., chociaż pierwsze publikacje na ten temat są późniejsze (Barlow 1994, Heimberg i Juster 1994, Hope, Heimberg i Bruch 1995, Juster i Heimberg 1995). Metoda polega na połączeniu terapii poznawczej nastawionej na zmianę, nazywaną tu restrukturyzacją, oraz ekspozycji na sytuacje będące źródłem lęku. Autorzy metody dowodzą w badaniach empirycznych jej skuteczności w ocenie bezpośredniej i badaniach katamnesticznych, podkreślając zwłaszcza mniejszą ilość nawrotów po leczeniu psychoterapeutycznym (Leibowitz i wsp., 1999).

Podkreśla się też znaczenie terapii rodzinnej, ułatwiającej pokonanie trudności konfrontacji. Zalecany też jest udział w grupach wsparcia.

Farmakoterapia

Najwcześniejsze doniesienia o efektach farmakoterapii w fobii społecznej odnoszą się do betablokerów w lęku przed publicznym występowaniem (Kaplan, Saddock i Grebb, 1994, Hollander, Liebowitz, Gorman 1998). Lek ten nie okazał się jednak skuteczny w innych formach fobii społecznej.

Próby leczenia fobii społecznej buspironem (Scheier i wsp. 1993) oceniono jako umiarkowanie efektywne, zwłaszcza w odniesieniu do objawów lęku

przed sytuacją społeczną i unikania, mniej zachęcające w odniesieniu do lęku uogólnionego i depresyjności.

Leczenie klonazepamem (Davidson i wsp. 1993, Davidson, Tupler, Potts 1994) wykazało w fobii społecznej większą skuteczność w porównaniu z placebo. Obserwowano wyraźną poprawę, przy dobrej tolerancji leku, szczególnie w odniesieniu do poziomu aktywności, poziomu uogólnionego lęku społecznego, unikania, nadwrażliwości na ocenę.

Oceniano możliwość leczenia fobii społecznej fluoksetyną (Van Ameringen, Mancini, Streiner 1993) zwracając uwagę na skuteczność tego leku, zwłaszcza w przypadkach o późniejszym początku choroby i krótszym okresie trwania zaburzenia. Podobne wyniki przyniosły badania nad skutecznością innych SSRI: – fluwoksaminy (van Vliet, den Boer, Westenberg 1994), która okazała się mieć korzystny wpływ na poziom lęku społecznego i unikanie, – sertraliny (Katzelnick i wsp. 1995) (choć wyniki te nie zostały wystarczająco potwierdzone (Hirshfeld, 2000), – paroksetyny (Lydiard i Bobes, 2000). Skuteczność SSRI w fobii społecznej, a także dobrą tolerancję tych leków wykazano też u dzieci i młodzieży (Mancini i wsp., 1999).

Wykazano też w leczeniu fobii społecznej skuteczność inhibitorów monoaminooksydazy. Wyniki wcześniejszych badań nad inhibitorami nieswoistymi (fenezyna) znalazły miejsce w zaleceniach podręcznikowych (Kaplan, Saddock, Grebb 1994). Późniejsze próby z odwracalnymi, selektywnymi inhibitorami monoaminooksydazy typu A wykazały ich korzystny wpływ na obie komponenty fobii społecznej – lęk i unikanie (Bisserbe, Lépine 1994).

Den Boer i wsp. (2000) uważają, iż spośród różnych leków regulujących dysfunkcję serotoninową, w leczeniu fobii społecznej wykazano jedynie skuteczność inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI). Podobne jest stanowisko *The International Consensus Group on Depression and Anxiety*, która zaleca te leki jako podstawowe w leczeniu fobii społecznej (za Davidson, 2000). W Stanach Zjednoczonych jedynie paroksetyna została zarejestrowana jako lek wskazany w fobii społecznej (Davidson, 2000; Schatzberg, 2000).

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J.W.: Zaburzenia nerwicowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998
2. Aleksandrowicz J.W.: Częstość objawów nerwicowych. *Psychiat. Pol.* 2000, 34, 1, 5–20
3. Barlow D.H.: Comorbidity in social phobia: implications for cognitive-behavioral treatment. *Bull. Menninger Clin.* 1994, 58, 2 supl. A, A43–57
4. Barlow D.H., Liebowitz M.R.: Specific phobia and social phobia. W: Kaplan H.I., Sadock B.J.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI Williams and Wilkins, Baltimore 1995, 1204–1218*
5. Bisserbe J.C., Lépine J.P.: Moclobemide in social phobia: a pilot open study. *Clin. Neuropharmacol.* 1994, 17 supl., 88–94
6. Black B., Uhde, T.W.: Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1995, 34, 7, 847–856

7. Chartier M.J., Hazen A.L., Stein M.B.: Lifetime patterns of social phobia: A retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population. *Depression and Anxiety*, 1998, 7, 3, 113–121
8. Clark D.B., Feske U., Masia C.L., Spaulding S.A., Brown Ch., Mammen O., Shear M.K.: Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Depression and Anxiety* 1997, 6, 2, 47–61
9. Davidson J.R. i wsp.: Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1993, 13, 6, 423–428
10. Davidson J.R.T.: Social anxiety disorder under scrutiny. *Depression and Anxiety* 2000, 11, 3, 93–98
11. Davidson J.R., Tupler L.A., Potts N.L.: Treatment of social phobia with benzodiazepines. *J. Clin. Psychiatry* 1994, 55 suppl., 28–32
12. Den Boer J.A., Bosker F. J., Slaap B.R.: Serotonergic drugs in the treatment of depressive and anxiety disorders. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 2000, 15, 5, 315–336
13. Fahlén T.: Core symptom pattern of social phobia. *Depression and Anxiety* 1996/1997, 4, 5, 223–232
14. First M.B.: Tendencje w klasyfikacji psychiatrycznej: od DSM-III-R do DSM-IV. W: J. Bomba, B. de Barbaro (red.): *Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. Collegium Medicum UJ, Kraków 1995, 86–94
15. Freud S.: Aus der geschichte einer infantilen Neurose. W: *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*. Intern. Psychoanalytischer Verlag, Lipsk, Wiedeń, Zurich 1922, 1–140
16. Heimberg R.G., Juster H.R.: Treatment of social phobia in cognitive-behavioral groups. *J. Clin. Psychiatry* 1994, 55, suppl., 38–46
17. Hirshfeld, R.M.A.: Sertraline in the treatment of anxiety disorders. *Depression and Anxiety* 2000, 1, 4, 139–157
18. Hofmann S.G.: Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behav. Res. Ther.* 2000, 38(7), 717–25
19. Hofmann S.G., Albano A.M., Heimberg R.G., Tracey S., Chorpita B.F., Barlow D.H.: Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety* 1999, 9, 1, 15–18
20. Hollander E., Liebowitz M.R., Gorman J.M.: Anxiety disorders. W: Talbott J.A., Hales R.E., Yudofsky S.C. (red.): *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. APP, Washington 1988, 443–491
21. Hope D.A., Heimberg R.G., Bruch M.A.: Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behav. Res. Ther.* 1995, 33, 6, 637–650
22. Janowsky D.S., Morter S., Tancer M.: Over-representation of Myers Briggs type indicator introversion in social phobia patients. *Depression and Anxiety* 2000, 11, 3, 121–125
23. Jefferson J.W.: Social phobia: everyone's disorder? *J. Clin. Psychiatry* 1996, 57 suppl., 28–32
24. Juster H.R., Heimberg R.G.: Social phobia. Longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment. *Psychiat. Clin. North Am.* 1995, 18, 4, 821–832
25. Kaplan H.I., Saddock B.J., Grebb J.A.: *Synopsis of psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore 1994, wyd. 7
26. Katzelnick D.J. i wsp.: Sertraline for social phobia: a double blind, placebo controlled crossover study. *Am. J. Psychiatry* 1995, 152, 9, 1368–1381
27. Kępiński A.: *Psychopatologia nerwic*. PZWL, Warszawa 1972
28. Lépine J.P., Lellouch J.: Classification and epidemiology of social phobia. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1995, 244, 6, 290–296
29. Lépine J-P., Pélissolo A.: Why take social anxiety disorder seriously? *Depression and Anxiety* 2000, 11, 3, 87–92
30. Liebowitz M.R., Heimberg R.G., Schneier, Hope D. A., Davies S., Holt C. S., Goetz D., Juster H.R., Lin S-H., Bruch M.A., Marshall R.D., Klein D.F.: Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long term outcome. *Depression and Anxiety* 1999, 10, 3, 89–98

31. Lydiard R.B., Bobes X.: Therapeutic advances: Paroxetine for the treatment of social anxiety disorder. *Depression and Anxiety* 2000, 11, 3, 99–104
32. Magee W.J. i wsp.: Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the national Comorbidity Survey. *Arch.Gen.Psychiatry* 1996, 53, 2: 159–168
33. Mancini C., Van Ameringen M., Oakman J.M., Farvolden P.: Serotonergic agents in the treatment of social phobia in children and adolescents: A case series. *Depression and Anxiety*. 1999, 10, 1, 33–39
34. Menninger W.W.: Psychotherapy and integrated treatment of social phobia and comorbid conditions. *Bull. Menninger Clin.* 1994, 58, 2 suppl. A: A 84–90
35. Montgomery S.A. (red.): *Pocket reference to Social Phobia*. Science Press, London 1995
36. Schatzberg A.F.: New indications for antidepressants. *J. Clin. Psychiatry* 2000, 61 Suppl 11, 9–17
37. Scheier F.R. i wsp.: Buspirone in social phobia. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1993, 13, 4: 251–256
38. Scholing A., Emmelkamp P.M.: Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behav. Res. Ther.* 1993, 31, 7: 667–681
39. Stabler B. i wsp.: Links between growth hormone deficiency, adaptation and social phobia. *Horm. Res.* 1996, 45, 1–2: 30–33
40. Stein M.B., Walker J.R., Forde D.R.: Public speaking fears in a community sample. Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Arch. Gen. Psychiatry* 1996, 53, 2: 169–174
41. Turner S.M., Beidel D.C.: Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1994, 62, 2: 350–358
42. Van Ameringen M., Mancini C., Streiner D.L.: Fluoxetine in social phobia. *J. Clin. Psychiatry* 1993, 54, 1: 27–32
43. Walker J.R., Kjernisted K.D.: Fear: the impact and treatment of social phobia. *J. Psychopharmacol.* 2000, 14, 2, Suppl 1, 13–23
44. Weinshenker N.J., Goldenberg I., Rogers M.P., Goisman R.M., Warshaw M.G., Fierman E.J., Vasile R.G., Keller M.B.: Profile of a large sample of patients with social phobia: Comparison between generalized and specific social phobia. *Depression and Anxiety*. 1996/1997, 4, 5, 209–216
45. Wells A., White J., Carter K.: Attention training: effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1997, 4, 4, 226–232
46. Wells J.C. i wsp.: Risk factors for the incidence of social phobia as determined by the Diagnostic Interview Schedule in a population-based study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 90, 2: 84–90
47. Zerbe K.J.: Uncharted waters: psychodynamic considerations in the diagnosis and treatment of social phobia. *Bull. Menninger Clin.* 1994, 58, 2 suppl. A: A 3–20