

Fobia społeczna u dzieci i młodzieży

Social phobia in children and adolescents

Małgorzata Dąbkowska

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Bydgoszczy
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Araszkiewicz

Summary

Epidemiological data indicate that anxiety disorders are the most common childhood disorders. 1% of children and adolescents suffer from social phobia and it may influence further adult life. The aim of the article is to show differences of child and adolescent social phobia and its diagnostic criteria. Contrast and distinction of childhood social phobia symptoms are also shown, such as risk factors of appearance of childhood social phobia. The article presents main therapeutic methods – psychotherapy and pharmacotherapy applied to children with phobia and difficulties with estimating efficacy of the particular therapy in this group of patients. Phobic children percept surroundings more negatively. They have reduced estimations of their own competency to cope with danger. They also show cognitive impairments of ambiguous situations. As much as 60% children with social phobia suffer from a second, concurrent disorder. Widening of information about symptoms and therapeutic methods may reduce the intensity of the disorder during adulthood.

Słowa klucze: fobia społeczna, dzieci, młodzież

Key words: social phobia, children, adolescents

Badania epidemiologiczne wskazują, że zaburzenia lękowe w większości zaczynają się w dzieciństwie. U dzieci i młodzieży występują częściej niż wszystkie inne zaburzenia psychiczne. U dzieci mają przewlekły przebieg, a ich przeważająca część (około 76%) pozostaje bez leczenia [1]. W dotychczasowej literaturze stosunkowo mało miejsca poświęcono badaniu lęku społecznego u dzieci.

Fobia społeczna prowadzi do istotnego upośledzenia funkcjonowania chorego i znacznego obniżenia jakości życia. Negatywnie wpływa na życie zawodowe i osobiste pacjentów. W badaniach amerykańskich oceniających funkcjonowanie tej grupy chorych w życiu dorosłym zanotowano, że połowa osób nie kończy szkoły średniej oraz połowa pozostaje samotna. Leczeniem obejmowani są przede wszystkim dorośli pacjenci, choć w większości początek zaburzenia przypada na okres wczesnej adolescencji, w momencie podejmowania najważniejszych wyzwań życiowych.

W klasyfikacji ICD-10 dziecięcy lęk społeczny mieści się w kategorii: społecz-

ne zaburzenia lękowe występujące w dzieciństwie, a w klasyfikacji DSM IV: lęk społeczny/fobia społeczna w dzieciństwie. Kryteria kwalifikacyjne fobii społecznej u dorosłych wg ICD-10 oraz DSM IV są powszechnie znane, natomiast w przypadku pacjentów w okresie rozwojowym rozpoznanie lęku społecznego uwarunkowane jest dodatkowymi kryteriami. Wymagane są prawidłowe kontakty z bliskimi osobami. Lęk winien się ujawniać w kontaktach z rówieśnikami, a nie tylko z osobami dorosłymi. Lęk społeczny u dzieci może wyrażać się płaczem, napadami złości, zamieraniem, wycofaniem w sytuacji kontaktu z osobami spoza rodziny. Nie jest wymagana w stosunku do dzieci ocena krytyczna nieadekwatności objawów. Z powodu ograniczonych możliwości poznawczych i innej percepcji pacjenci w wieku dziecięcym nie muszą traktować objawów jako nienaturalnych i wyolbrzymionych. Dla osób przed 18 r. ż. czas trwania objawów musi wynosić powyżej 6 miesięcy. U dzieci obniżenie funkcjonowania społecznego ocenia się w porównaniu z funkcjonowaniem typowym dla danego etapu rozwojowego. Małe dzieci, poniżej trzeciego roku życia, powszechnie okazują lęk w stosunku do obcych lub w momencie oddzielenia od bliskich. Część dzieci w wieku przedszkolnym unika kontaktu, odmawia udziału w zabawach grupowych. W nowej sytuacji niektóre dzieci stają się niespokojne, blisko trzymają się opiekuna. W późniejszych okresach dzieciństwa i adolescencji nasila się lęk w sytuacjach ekspozycji społecznej. Młodzież powszechnie doświadcza obaw przed oceną z zewnątrz, ale tylko u niektórych poziom lęku osiąga natężenie wpływające negatywnie na normalne funkcjonowanie.

Obecność objawów fobii społecznej w populacji ogólnej wg ICD-10 wynosi aż 12,9%. Kryteria kwalifikacyjne fobii społecznej wg DSM IV wymagają jednoczesnego istnienia nasilonego lęku w sytuacjach społecznych oraz obaw przed upokorzeniem, i unikania tych sytuacji. Wyróżnia się dwa podtypy kliniczne tego zaburzenia:

1. Fobia społeczna uogólniona – dotyczy kontaktów społecznych każdego typu.

Wykazano, że w tej postaci fobii jest wcześniejszy początek zachorowania i częściej późniejsze samotne życie oraz częściej towarzyszą jej depresje atypowe, uzależnienia od alkoholu i narkotyków, częściej notuje się zaburzenia psychiczne u rodziców.

2. Fobia społeczna izolowana, która dotyczy jednej lub kilku wybranych sytuacji społecznych, np.: pisania lub odpowiadania w klasie, występu publicznego lub egzaminu czy randki.

W przypadku rozpoznawania lęku społecznego w dzieciństwie konieczne jest branie pod uwagę roli procesów rozwojowych. Dzieci mają inne pola kontaktów społecznych, możliwości poznawcze oraz ograniczone rozpoznawanie zaburzeń. Podstawowym kryterium patologii lęku jest odniesienie do normy rozwojowej, np. obawa przed obcymi w młodszym wieku przedszkolnym jest zgodna z normą rozwojową, ale już nie w późniejszym wieku. W poszczególnych klasyfikacjach diagnostycznych używano różnych określeń odpowiadających lękowi społecznemu u dzieci. W klasyfikacji ICD-10 fobia społeczna zaliczana jest do kategorii społecznych zaburzeń lękowych występujących w dzieciństwie, w klasyfikacji DSM IV do kategorii lęku społecznego/fobii społecznej u dzieci, w klasyfikacji DSM III występuje jako

zachowania unikające w dzieciństwie, w klasyfikacji DSM III R jako unikanie kontaktów społecznych przez dzieci i młodzież. Lęk uznaje się za patologiczny, jeśli nie przechodzi z czasem, osłabia codzienne funkcjonowanie oraz wykracza poza lęk związany z etapem rozwojowym. Fizjologiczna faza nasilonego lęku u dzieci przed obcymi osobami może trwać do 30 miesiąca życia.

Rozpowszechnienie

Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży dotyczy 5–10% populacji. U prawie 9% dzieci 7-letnich potwierdzono jedno z zaburzeń lękowych, podobnie często u młodocianych w wieku 15–18 lat. Fobia społeczna w wieku dojrzewania występuje u ponad 1% młodzieży [2]. Pierwsze objawy uwidaczniają się najczęściej w 11–12 roku życia. Polegają na wycofaniu się z kontaktów z rówieśnikami, selektywnym mutyzmie, unikaniu szkoły. W USA w badaniach przekrojowych lęk społeczny stwierdzono u 1,1% dzieci 8, 12 i 17-letnich, a w badaniach w Nowej Zelandii u 0,9% dzieci 11-letnich [3, 4]. Wśród innych zaburzeń lękowych lęk społeczny stanowi wg różnych autorów 9% lub 14,9% [5, 6]. Możliwość wystąpienia w ciągu życia lęku społecznego wynosi od 16,3% do 32,4% [7]. Obserwuje się istotny wzrost częstości społecznych zaburzeń lękowych w okresie dojrzewania, najczęściej w środkowym okresie adolescencji [8, 9]. Początek fobii społecznej jest wcześniejszy niż fobii specyficznej (11 lat i 17 lat) [10].

Czynniki ryzyka

Brak jest szerszych badań oceniających występowanie fobii społecznej u dzieci w zależności od płci, a dotychczasowe wyniki badań są sprzeczne [11, 12, 5, 10, 13]. Obserwuje się rodzinne występowanie zaburzeń lękowych [14]. Wysokim ryzykiem tych zaburzeń jest ich obecność u rodziców [14, 15]. Dzieci rodziców z zaburzeniami panicznymi i agorafobią prezentują zachowania mające cechy wycofania, zahamowania [16]. Inne choroby psychiczne rodziców także sprzyjają wystąpieniu lęku społecznego u dzieci. Szczególnie niekorzystnym czynnikiem są zaburzenia psychiczne u matek, a zwłaszcza depresja [17]. Potwierdzono udział genetycznych czynników w etiologii zaburzeń lękowych. Osoby ze złamanym X częściej wykazują zachowania unikające oraz deficyty w społecznych umiejętnościach, a rozmiar zmian w DNA koreluje z nasileniem lęku i wycofania [18].

Oprócz czynników dziedzicznych, w etiologii zaburzeń odgrywają rolę katastroficzne wydarzenia życiowe, a szczególnie niekorzystna jest kumulacja wielu sytuacji trudnych. Połowa pacjentów z fobią społeczną podaje konkretne wydarzenie, które zapoczątkowało chorobę. Wg teorii warunkowania lęk jest wynikiem doświadczenia zagrożenia. Także niekorzystne czynniki rodzinne w rozumieniu środowiska wychowawczego, nieprawidłowe postawy rodziców, zła atmosfera odgrywają rolę w etiologii objawów lękowych. Dzieci z lękiem społecznym częściej mają restrykcyjnych, kontrolujących, karzących rodziców [19]. Nadmierny związek z matką jest także czynnikiem rozwoju zaburzeń lękowych u dzieci [20]. Również odrzucające,

lekceważące środowisko rówieśnicze może inicjować objawy lęku społecznego. Czynnikiem sprzyjającym występowaniu zaburzeń lękowych mogą być mikrouszkodzenia CUN lub niższa sprawność intelektualna. U 50% badanych z zaburzeniami lękowymi stwierdzano takie obciążenia [19]. Ważnym czynnikiem ryzyka fobii społecznej są wrodzone cechy osobowości. W badaniach longitudinalnych dużej grupy dzieci zaobserwowano, że u dzieci wstydliwych, wycofanych później ujawniają się objawy zaburzeń lękowych [21, 16]. Biologicznym czynnikiem – prekursorem fobii społecznej u dzieci mogą być wczesne zachowania unikające [22, 23]. U niemowląt przejawia się to w postaci drażliwości, strachliwości w nowych sytuacjach, wstydliwości w wieku przedszkolnym i braku wiary w siebie w wieku szkolnym.

Teoria poznawcza lęku u dorosłych mówi o skłonnościach pacjentów z lękiem do negatywnej interpretacji niejednoznacznych sytuacji, nadmiernego oceniania zagrożenia i niskiej oceny możliwości radzenia sobie. U dzieci z zaburzeniami lękowymi – fobią społeczną, lękiem separacyjnym lub uogólnionym – stwierdzono także skłonność do negatywnej interpretacji niejednoznacznych sytuacji, niższe przekonanie o własnej kompetencji. Dzieci z zaburzeniami lękowymi ujawniają dysfunkcje poznawcze w sytuacjach niejednoznacznych [24]. Negatywne oczekiwania i interpretacje zaburzeń były u dzieci 5-letnich predyktorami późniejszych zaburzeń lękowych, także wczesne wycofywanie się. Dzieci z lękiem społecznym częściej oceniają wydarzenia jako stresujące, mają także więcej w swoim życiu wydarzeń stresogennych, przy gorszej zdolności radzenia sobie w sytuacji stresu. Wyróżniają się ubogimi kontaktami rówieśniczymi.

Dodatkowym niekorzystnym czynnikiem jest fakt, że aż 60% ma równoległe inne zaburzenie psychiczne [11, 25, 26]. Zachowania unikające obserwowano częściej u płci męskiej oraz ich wzrost z wiekiem [27]. Większa częstość występowania fobii społecznej związana jest z niższym statusem społecznym rodziny, choć dziewczęta z fobią społeczną pochodzą przeważnie z dobrze sytuowanych domów [28]. Postać lęku społecznego dotyczącego większości sytuacji ma wcześniejszy początek, jest związana z większym prawdopodobieństwem rozwoju innych zaburzeń, łączy się z głębszą psychopatologią u rodziców. Dzieci z tą postacią mają większe trudności w oddzieleniu się od rodziców, w większym stopniu obniżone jest ich późniejsze funkcjonowanie.

Do korzystnych czynników prognostycznych zalicza się: 1) późniejszy początek objawów – powyżej 11 r. ż., 2) nieobecność innych zaburzeń psychicznych, 3) wyższy poziom wykształcenia.

Symptomatologia fobii społecznej u dzieci i młodzieży

W kryteriach DSM IV wymienione są objawy lęku społecznego w dzieciństwie i adolescencji, takie jak: płaczliwość, trzymanie się opiekuna, odmowa chodzenia do szkoły, napady złości, drżenie, przebywanie w pobliżu opiekuna, lęk obecny w testach psychologicznych, unikanie innych uczniów, niebranie udziału w wystąpieniach klasowych, wycofanie, aż do mutyzmu, skrajna nieśmiałość w pozarodzinnych spotkaniach, odmowa brania udziału w grach grupowych, unikanie właściwych dla wieku

aktywności i spotkań. Beidel [11] dodatkowo wymienia szczegółowe objawy, takie jak: lęk przed głośnym czytaniem i pisanem na tablicy, skargi somatyczne, obniżenie percepcji poznawczej. Albano i wsp. dodają obecność niezwykłych zainteresowań, jąkanie się, słaby kontakt wzrokowy, mamrotanie, drżenie głosu, ogryzanie paznokci [9]. Wg Schneidera i Welkowitza [29] ważnymi cechami mogą być: odmowa mówienia w szkole, brak przyjaciół, unikanie przebiegania się publicznego, spędzanie większości czasu samotnie, unikanie randek i spotkań rówieśniczych, samotnicze aktywności, skrajny lęk przed testami. Jednym z przejawów fobii społecznej u dzieci może być mutyzm selektywny, u podłoża którego leży obawa przed mówieniem w szczególnych okolicznościach społecznych. Mutyzm selektywny występuje z częstością 1,8 na 1000 dzieci. Częściej dotyczy dziewcząt (5 : 1) w stosunku do chłopców. Nie jest wtórny do innych zaburzeń psychicznych czy mowy, a ograniczony jest do sytuacji lękotwórczych. Za podłożem lękowym mutyzmu selektywnego przemawiają takie same biologiczne czynniki jak w przypadku innych zaburzeń lękowych: rodzinne występowanie, udział wrodzonych cech osobowości, dobra odpowiedź na farmakoterapię (np. fluoksetynę) [30]. Rzadko u podłoża mutyzmu selektywnego leżą urazy psychiczne lub fizyczne [31]. Dzieci z mutyzmem selektywnym nie odzywają się do osób mniej im znanych, do obcych lub w ogóle do dorosłych.

Różne objawy dominują w zależności od wieku dziecka. Płaczliwość najczęściej występuje u małych dzieci, a osłabione kontakty rówieśnicze widoczne są na pierwszym miejscu u adolescentów. Objawy lęku społecznego u dzieci i młodzieży można ocenić na podstawie obserwacji zachowania pacjenta, wyrażanych przez dziecko własnych przeżyć oraz spostrzeżeń rodziców i nauczycieli. Dzieci z fobią społeczną mają istotnie uboższe społeczne kontakty i osłabione funkcjonowanie. Do oceny zaburzeń lękowych u dzieci i nasilenia objawów pomocne są skale psychometryczne. Do pomiaru objawów lęku społecznego u dzieci jest stosowana m.in. Social Anxiety Scale for Children–Revised [32, 33, 34, 35, 36].

Współistnienie fobii z innymi zaburzeniami

Fobia społeczna często występuje z innymi zaburzeniami lękowymi. Wg Straussa i Lasta [37] lękowi społecznemu w 66% przypadków towarzyszą inne zaburzenia lękowe, najczęściej lęk uogólniony – w 48% przypadków. W niektórych badaniach zanotowano jeszcze częstsze współistnienie innych zaburzeń lękowych, w przeszłości lub obecnie, z objawami fobii społecznej, bo aż u 87% badanych, a epizod depresji w wywiadzie zanotowano w 56% przypadków [5]. Fobia społeczna wiąże się z ryzykiem wystąpienia depresji nawracającej i zespołu zależności alkoholowej (zza). Uważa się, że fobia społeczna oraz depresja lub zza mają wspólny czynnik genetyczny. Jednocześnie z lękiem społecznym w 17% przypadków występują zaburzenia nastroju. U 44% osób z lękiem społecznym istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia epizodu depresji w ciągu życia [38, 37]. W badaniach epidemiologicznych podaje się wzrost ryzyka zza i zachowań suicydalnych u pacjentów z fobią społeczną i współwystępującymi nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi [7]. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na potrzebę wczesnego diagnozowania i leczenia fobii

społecznej jako profilaktyki zaburzeń depresyjnych nawracających i zła oraz zachowań samobójczych w przebiegu uzależnienia od alkoholu [39]. Fobii społecznej mogą towarzyszyć zaburzenia zachowania [40] oraz ADHD. W grupie 50 dzieci z lękiem społecznym najczęściej współwystępował uogólniony lęk, ADHD oraz prosta fobia (każde u 10% pacjentów), a mutyzm selektywny traktowany jako skrajna postać fobii społecznej u 8% grupy [26].

Różnicowanie

W różnicowaniu na pierwszym miejscu należy uwzględnić normalny lęk społeczny związany z wiekiem. Unikanie kontaktów społecznych (zrezygnowano z tego określenia w DSM IV, było obecne w DSM III – R) istnieje w przebiegu kilku jednostek: w depresji, dystymii, przetrwałych zaburzeniach rozwojowych. W fobii społecznej zachowania unikające są spowodowane obawą przed oceną, a nie innymi czynnikami. W dotychczasowym piśmiennictwie spotyka się niejasność co do nazewnictwa i klasyfikacji zaburzeń lękowych u dzieci. Niektórzy oddzielają zachowania unikające od lęku społecznego. Stwierdzano różnice w początku występowania zachowań unikających i fobii społecznej, natomiast brak różnicy w nasileniu lęku i depresji w obu zaburzeniach [12]. Mutyzm selektywny może być wariantem fobii społecznej, skrajną jej postacią [41, 31, 42]. Wspólne symptomy to: wstydlivość, nieśmiałość, wycofanie społeczne, strach przed trudnościami, podobna reakcja na leki. Odmowa chodzenia do szkoły może być przejawem lęku separacyjnego jako wyraz trudności oddzielenia się od osób znaczących lub przejawem fobii społecznej jako lęku przed oceną przez środowisko szkolne. W fobii społecznej lęk obecny jest także w innych sytuacjach społecznych. W przypadku fobii specyficznych brak jest lęku przed oceną przez otoczenie. Początek fobii społecznej, w porównaniu ze specyficznymi, jest istotnie wcześniejszy, a także fobia społeczna znacznie bardziej upośledza funkcjonowanie. W fobii społecznej częściej obserwuje się dodatni wywiad w kierunku depresji w rodzinie. W przebiegu lęku uogólnionego stwierdza się więcej zamartwiania się niż w fobii społecznej, przeżywanie lęku także w samotności, brak lęku przed oceną otoczenia.

Leczenie

Celem leczenia jest usunięcie lękowego przeżywania sytuacji społecznych, zniesienie lęku antycypacyjnego, redukcja zachowań unikających, likwidacja fizjologicznych objawów lęku oraz poprawa jakości życia. Leczenie fobii społecznej jest eklektyczne. Na pierwszym miejscu znajdują zastosowanie różne formy psychoterapii. Z psychoterapii potwierdzono szczególnie dobrą skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej indywidualnej i grupowej [43, 44, 45, 46, 47]. W badaniach długofalowych wykazano, że terapia poznawczo-behawioralna daje trwalsze efekty w porównaniu z farmakoterapią [48], choć obserwowano nawroty objawów u młodzieży po pewnym czasie od jej zakończenia [49]. W przypadku fobii społecznej u podstaw lęku leżą nieprawidłowe oceny. Terapia poznawczo-behawioralna u pacjentów z lękiem społecznym ogniskuje się na modyfikacji negatywnych ocen prowadzących do unikania

sytuacji społecznych. Uczy zastępowania negatywnych ocen należytymi i właściwego oceniania swoich dokonań za pomocą dzienniczka oraz wykonywanych zalecanych zadań. Redukcja objawów lękowych pod wpływem terapii poznawczo-behawioralnej w grupach dzieci z rozpoznaniem między innymi fobii społecznej wynosiła od 67% do 84% [50, 51, 52, 53]. Dobry efekt terapeutyczny przynosi połączenie terapii poznawczo-behawioralnej z ekspozycją (np. zalecenie dziecku obserwowania, podczas wchodzenia do klasy, kto zwraca na nie uwagę). Stosuje się ekspozycje na symulowane zdarzenia lękotwórcze oraz zachęca do realizacji zadań domowych [53]. Ważnym elementem terapii jest edukacja rodziców w przeciwstawianiu się lękowym zachowaniom dziecka poprzez nagradzanie właściwych postaw. Rodzice są także uczeni, jak przezwyciężać własny lęk w sytuacji stresu oraz jak komunikować się w rozwiązywaniu problemów [54]. W przypadkach ograniczonych do lęku przed wybranymi sytuacjami korzystna jest terapia desensytyzacyjna. U dzieci szczególnie efektywna może być terapia za pomocą odwzorowywania zachowań, zwłaszcza u tych pacjentów, którzy mają trudności z rozpoczynaniem jako pierwsi jakiejś czynności [55]. Inną drogą redukcji lęku może być trening umiejętności społecznych, np. inicjowanie rozmowy, nauka kontaktu wzrokowego. Dziecko w wyniku treningu może zyskać akceptację rówieśników. Stosowano psychoterapię psychodynamiczną u pacjentów z fobią społeczną oraz różne formy psychoterapii grupowej. Ważnym postępowaniem terapeutycznym jest psychoedukacja oraz współpraca z rodzicami, z rodzinami, lekarzami pierwszego kontaktu i oczywiście ze szkołą. Rzetelną ocenę efektywności metod psychoterapeutycznych utrudnia niejednorodność badanych grup, brak porównań kontrolnych, adekwatnych ocen statycznych, brak stosowania standaryzowanych skal psychometrycznych [56]. Grupa ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w swoich propozycjach dotyczących leczenia fobii społecznej u dzieci, w tym mutyzmu selektywnego, podkreśla potrzebę ułożenia planu terapii, włączając dziecko i rodziców do zespołu leczącego [57]. W części dotyczącej leczenia fobii społecznej eksperci zalecają wspieranie podejmowania doświadczeń w społecznych kontaktach za pomocą terapii poznawczo-behawioralnej i behawioralnej stosując m.in. takie techniki, jak: desensytyzacja, ekspozycja, wygaszanie, odwzorowywanie. Psychoterapia indywidualna i grupowa w leczeniu fobii społecznej ma na celu ułatwienie zrozumienia własnych konfliktów, rozwijanie społecznych umiejętności, naukę asertywności. Praca z rodziną dziecka z lękiem społecznym wg zaleceń ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrii Dzieci i Młodzieży obejmuje terapię rodzinną, pomoc w kształtowaniu właściwych relacji rodzic–dziecko, uczenie wspierania przez rodzinę wzrostu kompetencji i autonomii dziecka, modyfikowanie zachowań rodziny, zwłaszcza w obliczu objawów lękowych [57].

Najbardziej efektywna w leczeniu fobii społecznej wydaje się terapia kombinowana. W skład jej wchodzi psychoterapia poznawczo-behawioralna oraz farmakoterapia [58]. Farmakoterapia uważana jest za dodatkową metodę dołączaną do psychoterapii. U dzieci występują trudności oceny skuteczności poszczególnych leków z powodu niesatysfakcjonującej nozologii, klasyfikacji, stosowania zbyt niskich dawek leków, ograniczonej zgłaszalności problemu, rozpoczynania terapii po długim czasie trwania zaburzenia. W dotychczasowych ocenach większość prób była otwarta, brak było

grup kontrolnych, dominowała mała liczebność grup. U dzieci większy jest wpływ czynników pozachorobowych: rodzinnych, genetycznych, rozwojowych [59]. U dorosłych dowiedziono skuteczności kilku grup leków: serotonergicznym (sertralina, fluwoksamina, paroksetyna), benzodiazepin (alprazolam, klonazepam), inhibitorów monoaminooksydazy neselektywnych (fenelzyna) i selektywnych (moklobemid, brofaromina), beta-blokerów (atenolol, propranolol, nadolol) [60]. Wyniki dotychczasowych obserwacji podsumowano zbiorczo m.in. w metaanalizie w *International Clinical Psychopharmacology* [61]. Beta-blokery mogą być przydatne w opanowywaniu objawów wynikających ze wzbudzenia układu autonomicznego, będących wyrazem lęku antycypacyjnego (pocenie się, napięcie, tachykardia). Zaleca się przyjęcie leku 1,5–2 godziny przed egzaminem czy przedstawieniem. Beta-blokery są pomocne pacjentom przeżywającym lękowo wyselekcjonowane sytuacje; często stosowane mogą okazać się mniej efektywne [58]. U pacjentów z fobią społeczną udowodniona jest skuteczność terapeutyczna benzodiazepin, które uwalniają kwas gabaaminomasłowy hamujący lęk [62]. Stosowanie benzodiazepin u dzieci ma zwolenników i przeciwników. Z jednej strony benzodiazepiny uważa się za szczególnie efektywne w leczeniu zaburzeń lękowych u dzieci (w lęku separacyjnym, uogólnionym, zachowaniach unikających, zaburzeniach panicznych oraz fobii społecznej) – stwierdzono dobrą tolerancję tej grupy leków, rzadko obserwowano objawy uboczne. Z drugiej strony zalecana jest szczególna ostrożność stosowania leków mogących powodować uzależnienie [57]. Stosowanie inhibitorów monoaminooksydazy w fobii społecznej poprawia odporność pacjentów na krytykę otoczenia, redukuje lęk w sytuacjach ekspozycji społecznej, wzmacnia samoocenę, zmniejsza zachowania unikające [62]. Najczęściej w leczeniu fobii społecznej stosowane są leki z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna, sertralina) [63].

Dotychczasowe doniesienia na temat skuteczności leków w fobii społecznej u dzieci i młodzieży obejmują niewiele prób i dotyczą niewielkich grup pacjentów. Najwięcej prób dotyczyło fluoksetyny [64, 65, 41, 66, 67, 68]. Niektóre badania oceniające skuteczność fluoksetyny w lęku społecznym u dzieci wykazywały dobrą efektywność tego leku – nawet około 80% popraw w badanych grupach [69, 70]. W podwójnie ślepej próbie z fluoksetyną, w dawce dobowej 12–27 mg, u dzieci z mutyzmem selektywnym, lękiem społecznym, zachowaniami unikającymi, w ocenie rodziców obserwowano znaczącą poprawę [42]. Były próby stosowania innych leków serotonergicznym, jak: paroksetyna czy sertralina lub nefazodon [71]. Obserwowano bardzo dobrą odpowiedź na leki z tej grupy. Nie zanotowano objawów ubocznych i niepożądanych. Niewielką poprawę odnotowano w podwójnie ślepej próbie oceniającej skuteczność alprazolamu u dzieci w dawce dobowej 0,5–3,5 mg [72]. Dobry skutek przyniosło stosowanie buspironu w dawce dobowej 20 mg [73]. Opisywano pozytywny wpływ na objawy fobii społecznej u dzieci moklobemidu [34, 74, 75]. W propozycjach Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrii Dzieci i Młodzieży z 1997 roku podkreślano dotychczasowe korzystne wyniki leczenia fobii społecznej u dzieci lekami z grupy SSRI, natomiast alprazolamu, beta-blokerów nie rekomendowano ze względu na małe dotychczasowe doświadczenie w ich stosowaniu u pacjentów w wieku rozwojowym [57]. Podobnie do Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrii Dzieci i Młodzieży inna

grupa ekspertów przedstawia algorytmy leczenia dziecięcych zaburzeń lękowych [53]. W algorytmach proponuje się rozpoczęcie leczenia od terapii poznawczo-behawioralnej lub, gdy natężenie lęku nie pozwala rozpocząć psychoterapii, włączenie farmakoterapii czy stosowanie jednoczesne kombinacji psychoterapii i leków [53]. W każdym przypadku w terapię włączona jest rodzina i środowisko szkolne. Autorzy proponowanych algorytmów nie różnicują poszczególnych rodzajów lęku u dzieci. Ocena skuteczności leczenia farmakologicznego lęku społecznego u dzieci wymaga dalszych porównawczych badań z udziałem większej liczby pacjentów. Wobec braku spełniania w większości badań dostatecznych kryteriów oceny skuteczności leków u dzieci, zaproponowano jasne wymogi metodologiczne przeprowadzania badań klinicznych [76]. Pomoc dzieciom i młodzieży z fobią społeczną może mieć decydujący wpływ na różne aspekty ich rozwoju, m.in. na osiągnięcie wykształcenia zgodnego z możliwościami intelektualnymi, kontakty rówieśnicze, poczucie własnej wartości, życie osobiste w dorosłości i zawodowe. Leczenie lęku społecznego w dzieciństwie i okresie adolescencji jest ważnym działaniem profilaktycznym w kierunku innych zaburzeń lękowych i nastroju.

Íáulnñalıııú óıáç ó álnlé ç eıeıálcç

Nıáıáçrıçı

Ý d'çálcçıeıáç=İneçl çnnéıáıarıç' óeççüarıñ íf ófeñ, +ñı óıáçç ó álnlé áññđı=fıññ' î=lıü +fññı. İáulnñalııú óıáçç ñññ' ññ' ç 1% áıçđrnñıe d'ıd'öe' öcç ç eıçln äeç nü íf d'ıçáılérçl óoıeöcç äı äçđñeıe çççıç.

Çfarıçle đráníü áüei çnnéıáıarıçl đrççç=ıüö ñçđıa íáulnñalıııe óıáçç ó álnlé ç eıeıálcç. İáđrúlıñ áıççrıçl íf đrççç=ç' á äçráníñç=İneçö eđçñlđç' ö íáulnñalıııe óıáçç á d'ıdçıál đrçáçñç' đlálıeı. İánoçalııú öreñıdú đçneı đ'ı' äeııç' íáulnñalıııe óıáçç ó álnlé. Đđlänñfäeııü đrççç=ç' ç đrçıñáđrççl ñççđñeıa íáulnñalıııe óıáçç á álnñeıe áıçđrnñl á çrácñçeııñç ññ ynrd'f đrçáçñç'. İánoçalııú äeráııl ñlđrd'lanç=İneçl eıñıäü – ñlđrd'lanç=İneçl ç d'ñçöıñlđrd'lanç=İneçl, í ñrççl ördçerçıeıáç=İneçl, d'đçelı' leül ó álnlé ñ íáulnñalıııe óıáçle ç ñđoáññç, ñá' çrıııl ñ íölıeıe ýóđleñçarıññç ññáıeııüö öıdç á ädóđ'đl d'roçlınä. Álnç ñ ñççđñeıeç óıáçç íölıçarıñ ıeđóçlıçl ílarñçáıı, ó ıçö ñıççlıñ +óáññáı d'đıarıçlıç' d'đlđ' ñññáçç, ñá' çrıııó ñ óadıçrıçıl ñçñóröçle. Álnç ñ ñççđñeıeç óıáçç íáırdöççarıñ d'ıçıfárñleüııl äçnoóıeöçç ílıäıçır=ıüö ñçñóröçç. Đı=ñç 60% álnlé ñ íáulnñalıııüçç óıáç' eç ññđfárıñ ç çıüçç d'ñçöç=İneççç rdörılıç' eç. Đrnđ'đıññđrılıçl ñççđñeıa ç ççó=lıçl eı=ıáäüö eıñıäıa íáulnñalıııüö óıáçç ó álnlé eıçln ñđñıáññáıarıñü íáđrıç=lıçı íđđörılıçé óoıeöçııçđıarıç' äı äçđñeıe äıçđrnñl.

Soziale Phobie bei Kindern und Jugendlichen

Zusammenfassung

Epidemiologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass Angststörungen zu den meist verbreiteten Störungen bei den Kindern gehören. Die soziale Angst betrifft 1% der Entwicklungspopulation und kann einen Einfluss auf spätere Funktionsweise im Erwachsenenleben haben. Das Ziel der Arbeit ist die Beschreibung der Besonderheit der sozialen Phobie bei den Kindern und Jugendlichen. Es wurde auf die Unterschiede in den diagnostischen Kriterien der sozialen Angst im Entwicklungsalter aufmerksam gemacht. Man besprach die Risikofaktoren für Auftreten der sozialen Angst bei den Kindern abhängig von der Entwicklungsetappe. Man besprach die Hauptmethoden der Therapie - psychotherapeutische und pharmakologische Me-

thoden, die bei den Kindern mit Sozialphobie angewandt werden, und die Schwierigkeiten mit der Beurteilung der einzelnen Formen in dieser Patientengruppe. Die Angstkinder betrachten die Umgebung mehr negativ. Sie haben ein gesenktes Gefühl der Selbsthilfe in gefährlichen Situationen. Die Kinder mit Phobien zeigen kognitive Disfunktionen der nicht eindeutigen Situationen. 60% der Kinder mit Sozialphobie leiden an andere psychische Störungen. Die Verbreitung der Symptome und Behandlungsmethoden der sozialen Phobie bei den Kindern kann zur Begrenzung der Funktionsstörungen im Erwachsenenalter beitragen.

La phobie sociale des enfants et des adolescents

Résumé

Les données épidémiologiques indiquent que l'anxiété est le trouble psychique le plus fréquent des enfants et des adolescents. L'anxiété sociale se manifeste chez 1% de la population et elle peut influencer sur le fonctionnement dans la vie future des adultes. Ce travail vise à déterminer la spécificité de la phobie sociale des enfants et des adolescents. On souligne les différences des critères diagnostiques et on décrit les facteurs du risque de la phobie sociale des enfants. L'auteur présente la spécificité et la diversité des symptômes de cette phobie des enfants et leur dépendance de la phase du développement des enfants. L'article décrit encore les méthodes thérapeutiques principales – psychothérapeutiques et pharmacologiques – et les difficultés liées avec l'estimation de leur efficacité. La perception de l'entourage des enfants souffrant de cette phobie est négative. Leur capacité de se débrouiller dans les situations difficiles est abaissée, on note chez eux les dysfonctions cognitives. Plus de 60% d'enfants avec cette phobie sociale souffrent d'autres troubles psychiques. La connaissance des symptômes de la phobie sociale des enfants et des méthodes thérapeutiques peut contribuer à la réduction des troubles du fonctionnement des personnes adultes.

Piśmiennictwo

1. Keller MB, Lavori P, Wunder J, Beardslee WR, Schwarts CE, Roth J. *Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992; 31: 595–599.
2. Costello E, Costello A, Edelbrock C i in. *Psychiatric disorders in pediatric primary care*. Arch. Gen. Psychiatry 1988; 45: 1107–1116.
3. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. *DSM-III disorders in preadolescent children*. Arch. Gen. Psychiatry 1987; 44: 69–76.
4. Kashani JH, Orvaschal H. *A community study of anxiety in children and adolescents*. Am. J. Psychiatry 1990; 147: 313–318.
5. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. *Anxiety Disorders in Children: Socjodemographic and clinical characteristics*. W: *DSM-III-R* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992; 31: 1070–1076.
6. Strauss CC, Francis G. *Phobic disorders* W: Last CG, Hersen M, red. *Handbook of child psychiatric diagnosis*. New York: Wiley; 1989.
7. Nelson EC, Grant JD, Bucholz KK, Glowinski A, Madden PAF, Reich W, Heath AC. *Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: co-morbidity and associated suicide-related symptoms*. Psychol. Med. 2000; 30 (40): 797–804.
8. Schneier F, Johnson J, Hrnig CD i in. *Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 282–288.
9. Albano AM, DiBartolo PM, Heimberg RG, Barlow DH. *Children and adolescents: assessment and treatment*. W: Heimberg RG, Lebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, red. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilfort Press, 1995, s. 387–425.

10. Livigstone R. *Anxiety disorders*. W: Lewis M, red. *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1991, s. 673–685.
11. Beidel DC. *Social phobia and overanxious disorder in school-age children*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1991; 30 (4): 545–552.
12. Francis G, Last CG, Strauss CC. *Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992; 31 (6): 1086–1089.
13. Verhulst FC, Ender J, Van der Ferdinand RF, Kasius MC. *The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents*. Arch. Gen. Psychiatry 1997; 54: 329–336.
14. Last CG, Hersen M, Kazdin AE, Orvaschal H, Perrin S. *Anxiety disorders in children and their families*. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48: 928–934.
15. Mancini C, Ameringen M, van Szatmari P. *A high-risk pilot study of the children of adults with social phobia*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35: 1511–1517.
16. Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc-Murphy FA, Faraone SV, Chaloff J, Hirshfeld DR, Kagan J. *A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1993; 32 (4): 814–821.
17. Carino GJ, Bird R. *Children of parents with psychiatric disorders in the community*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1990; 29: 3–12.
18. Freund LS, Reiss AL, Abrams MT. *Psychiatric disorders associated with fragile X in the young female*. Pediatr. 1993; 91 (2): 321–329.
19. Florkowski A, Dietrich-Muszalska A. *Analiza rozpoznań psychiatrycznych u dzieci z objawami lęku*. Psychiatr. Pol. 1995; XXIX, 2: 175–180.
20. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. *Child and adolescent disorders and early attachment*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1997; 36: 637–644.
21. Caspi A, Henry B, McGee RO, Moffitt TE, Silva PA. *Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: from age three to age fifteen*. Child Dev. 1995; 66: 55–68.
22. Kagan J. *Temperament and the reactions to unfamiliarity*. Child Dev. 1997; 68: 139–143.
23. Turner SM, Beidel DC, Wolff PL. *Clinical features affecting treatment outcome in social phobia*. Beh. Res. Ther. 1996; 34: 795–804.
24. Bogels SM; Zigterman D. *Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder*. J. Abn. Child Psychol. 2000; 28 (2): 205–11.
25. Beidel DC, Fink CM, Turner SM. *Stability of anxious symptomatology in children*. J. Abn. Child Psychol. 1996; 24 (3): 257–269.
26. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. *Psychopathology of childhood social phobia*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1999; 38 (6): 643–650.
27. McDermott PA. *A nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in childhood and adolescence*. J. Abn. Child Psychol. 1996; 24 (1): 53–66.
28. Francis G, Last CG, Strauss CC. *Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1991; 31: 1086–1089.
29. Schneier F, Welkowitz L. *The hidden face of shyness: understanding and overcoming social anxiety*. New York: Avon Books; 1996.
30. Leonard H, Dow S. *Selective mutism*. W: Marsh W, red. *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York, N.Y.: Guilford Press, 1995, s. 235–250.
31. Black B, Uhde TW. *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34 (7): 847–856.
32. LaGreca AM, Stone WL. *Social Anxiety Scale for Children – Revised: Factor structure and concurrent validity*. J. Clin. Child Psychol. 1993; 22: 17–27.
33. Beidel DC. *Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent, and discriminative*

- validity of *Social Phobia and Anxiety inventory for children (SPA-C)*. Psychol. Assessm. 1996; 8 (3): 235–240.
34. Kaminer DB, Stein DJ. *Social anxiety disorder in children and adolescents*. W: Westenberg HGM, Boer JA, red. *Social anxiety disorder synthesis*. Amsterdam: Syn-Thesis 1999, s. 117–131.
 35. Orvaschel H. *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children – epidemiologic version – 5 (K-SADS-E-5)*. Fort Laude (FL): Nova Southeastern University; 1995.
 36. Kaufman J, Birmaher B, Brent D i in. *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1997; 36: 980–988.
 37. Strauss CC, Last CG. *Social and simple phobias in children*. J. Anxiety Dis. 1993; 7: 141–152.
 38. Last CG, Strauss CC, Francis G. *Comorbidity among childhood anxiety disorders*. J. Nerv. Ment. Dis. 1987; 175 (12): 726–730.
 39. Clark DB. *Assessment of social anxiety in adolescents*. Charleston: Anxiety Disorders Association of America Annual Convention; 1993.
 40. Davidson JR, Hughes DL, George LK i in. *The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study*. Psychol. Med. 1993; 23: 709–718.
 41. Black B, Uhde TW. *Case study: elective mutism as a variant of social phobia*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992; 33: 1000–1006.
 42. Dummit ES, Klein RG, Tancer NK, Asche B, Martin J, Fairbanks JA. *Systematic assessment of 50 children with selective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1997; 36 (5): 653–660.
 43. Albano AM, Marten PA, Holt CS i in. *Cognitive-behavioral group treatment for adolescent social phobia: a preliminary study*. J. Nerv. Mental Dis. 1995; 183: 649–656.
 44. Barrios BA, O'Dell SL. *Fears and anxieties*. W: Mash EJ, Terdal LG, red. *Treatment of childhood disorders*. New York: Guilford Press: 1989, s. 167–221.
 45. King NJ. *Simple and social phobias*. W: Ollendick TH, Prinz RJ, red. *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press; 1993, vol. 15, s. 305–341.
 46. March JS, Albano AM. *Anxiety disorders in children and adolescents*. W: Stein D, Hollander E, red. *Textbook of anxiety disorders*. Washington DC: APA Press: 1999.
 47. Turk CL, Coles ME, Heimberg RG. *Psychological treatment of social phobia*. W: Stein D, Hollander E, red. *Textbook of anxiety disorders*. Washington DC: APA Press; 1999.
 48. Heimberg RG, Salamon DG, Holt CS, Blendell KA. *Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at the five-year follow-up*. Cogn. Ther. Res. 1993; 17: 325–339.
 49. Albano AM. *Treatment of social anxiety in adolescents*. Cogn. Beh. Pract. 1995; 2: 271–298.
 50. Silverman WK, Kurtines WM, Ginsburg S, Weems CF, Rabian B, Serafini LT. *Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial*. J. Cons. Clin. Psychol. 1999; 67: 675–687.
 51. Dadds MR, Holland DE, Laurens KR, Mullins M, Barrett PM, Spence SH. *Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up*. J. Cons. Clin. Psychol. 1999; 67: 145–150.
 52. Dadds MR, Spence SH, Holland DE, Barrett PM, Laurens KR. *Prevention and early intervention for anxiety disorders. A controlled trial*. J. Cons. Clin. Psychol. 1997; 65: 627–635.
 53. Labellarte MJ, Ginsburg GS, Walkup JT, Riddle MA. *The treatment of anxiety disorders in children and adolescents*. Biol. Psychiatry 1999; 46: 1567–1578.
 54. Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM. *Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial*. J. Cons. Clin. Psychol. 1996; 64 (2): 333–342.

55. Beidel DC, Morris TL. *Social phobia*. W: March JS, red. *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 1995.
56. Donohue BC, van Hasselt VB, Hersen M. *Behavioral assessment and treatment of social phobia. An evaluative review*. Behav. Modif. 1994; 18 (3): 262–288.
57. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1997, supl. 36(10): 69–84.
58. Lydiard RB, Falsetti SA. *Treatment options for social phobia*. Psychiatr. Ann. 1995; 25 (9): 570–576.
59. Popper W. *Psychopharmacologic treatment of anxiety disorders in adolescents and children*. J. Clin. Psychiatry 1993; supl. 54: 52–63.
60. Bandelow B, Zahar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ. *WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorders*. World J. Biol. Psychiatry 2002; 3: 171–199.
61. Van der Linden GJH, Stein DJ, van Balkom JLM. *The efficacy of the selective serotonin reuptake inhibitors for social anxiety disorder (social phobia): a meta-analysis of randomized controlled trials*. Int. Clin. Psychopharmacol. 2000; 15 (supl. 2): 15–23.
62. Marshall RD, Schneier FR, Fallon BA, Feerick J. *Medication therapy for social phobia*. J. Clin. Psychiatry 1994; 55 (6, supl.): 33–37.
63. Greist JH, Jefferson JW, Katzelnick DJ. *Social phobia: A guide*. Middleton, W.I.: Dean Foundation for Health, Research, and Education; 1997.
64. Dummit ES, Klein RG, Tancer NK, Asche B, Martin J. *Fluoxetine treatment of children with selective mutism, an open trial*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35: 615–621.
65. Black B, Uhde TW. *Treatment of elective mutism with fluoxetine: double-blind, placebo controlled study*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1994; 33: 1000–1006.
66. Boon F. *The selective mutism controversy*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1994; 33: 283.
67. Wright HH, Cuddaro ML, Leonhardt TV, Kendall DF, Anderson JH. *Fluoxetine in the multi-modal treatment of a pre-school child with selective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34: 857–862.
68. Motavalli N. *Fluoxetine for selective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34: 701–702.
69. Birmaher B, Waterman GS, Ryan N i in. *Fluoxetine for childhood anxiety disorders*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1994; 33: 993–999.
70. Fairbanks JM, Pine DS, Tancer NK i in. *Open fluoxetin treatment of mixed anxiety disorders in children and adolescents*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 1997; 7: 17–29.
71. Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Farvolden P. *Serotonergic agents in the treatment of social phobia in children and adolescents: a case series*. *Depress. Anxiety* 1999; 1 (1): 33–39.
72. Simeon JG, Ferguson HB, Knott V i in.: *Clinical, cognitive and neurophysiological effects of alprazolam in children and adolescents with overanxious and avoidant disorders*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992; 31: 29–33.
73. Zwier K, Rao U. *Buspirone use in an adolescent with social phobia and mixed personality disorder (cluster A type)*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1994; 33: 1007–1011.
74. Liebowitz MR, Schneier F, Campeas R i in. *Phenelzine vs. Atenolol in social phobia: a placebo-controlled comparison*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 290–300.
75. Rajewski A. *Leczenie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży*. W: Rzewuska M, red. *Leczenie zaburzeń psychicznych*. Warszawa: PZWL; 2000, s. 37–54.
76. Rieddle MA, Subramanam G, Walkup T. *Efficacy of psychiatric medications in children and*

adolescents: review of controlled studies. Psychiatr. Clin. North Am. (Ann. Drug Ther.) 1998; 5: 269–285.

Otrzymano: 22.10.2002

Zrecenzowano: 21.10.2003

Przyjęto do druku: 28.02.2004

Adres: Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej
85-096 Bydgoszcz, ul. Kurpińskiego 19