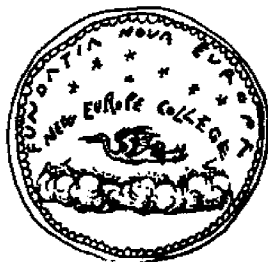


COLEGIUL NOUA EUROPĂ



ACTUALITĂȚI ÎN TULBURĂRILE ANXIOASE

Sub redacția Dr. Radu Teodorescu



Actualități în tulburările anxioase
Copyright © 1999 - Editura **CRIS CAD**

ISBN 973 – 98624 – 1 – 1

FOBIA SOCIALĂ

Dr. Radu Teodorescu

La începutul secolului, sub influența scrierilor lui Pavlov, soții Watson (Monte, 1991) au reușit să condiționeze o fobie de șobolan la un copil, ceea ce a constituit nu numai actul de naștere al compartamentalismului radical, dar și primul model credibil pentru fobii, model din care au decurs intervenții terapeutice folosite și în prezent. Poate de aceea fobiile au rămas o preocupare constantă a comportamentaliștilor și domeniul lor de succes. Pornind de la numeroase studii și observații empirice Marks distinge între fobiile de animale, fobiile simple, agorafobie, fobia de sânge și fobia socială. Concept lansat de Marks și Gelder în anii '60 ca tulburare anxioasă distinctă, fobia socială a început să se bucure de un interes larg doar în ultimii anii când studiile epidemiologice au evidențiat-o ca ocupând locul trei între cele mai răspândite afecțiuni psihiatrice.

ISTORIC

În 1846 Casper (tradus de Lalane, 1902) publică prima descriere a unui caz de eretofobie: unui tânăr de 21 de ani care se descria pe sine ca fiind timid, un camarad îi face o remarcă dezagreabilă care provoacă o reacție de înroșire a obrazilor, ulterior se dezvoltă o teamă permanentă de a roși, care treptat îl constrânge să renunțe la orice viață socială. Pacientul afirmă că este de ajuns să se gândească că va roși pentru ca fenomenul să se producă. Cu timpul fobia antrenează o simptomatologie depresivă și pacientul se sinucide în cursul unui

episod depresiv major. O a doua descriere o datorăm lui Duboux în 1874; termenul este creat de Pitres și Régis în 1897. Ereutofobia va pasiona neuropsihiatrii secolului trecut: unii o vor considera ca aparținând spectrului tulburărilor obsesive, alții ca pe o deplasare somatică a libidoului într-un context isteric. În 1879 Beard descrie aversiunea de a fi privit: «pacientul își întoarce privirea și își înclină capul. Uneori, chiar dacă țin capul pacientului între mâinile mele în așa fel încât să-i aduc fața în dreptul feței mele el va încerca involuntar să-și ascundă privirea.» (Beard citat de Marks, 1987). În monografia consacrată psihasteniei, Janet oprindu-se asupra anxietății legate de relațiile sociale, fricii de a roși etc. emite ipoteza unui nucleu comun al tuturor acestor tulburări: teama «de a fi în prezența altora și faptul de a întreprinde o acțiune în public». Anxietatea socială devine mai complexă și o vom regăsi sub diverse nume: kontaktneurose (Stockert, 1929, citat de Myerson, 1944), nevroza socială (Syz, 1937, citat de Myerson, 1944), nevroza de anxietate socială (Myerson, 1944).

Cu un trecut și mai bogat decât al ereutofobiei, timiditatea focalizează atenția psihiatrilor și a cercetătorilor. În 1910, Hartenberg (citat de Pélissolo și Lépine, 1995) semnează prima carte dedicată în întregime timidității. Descrierea clinică se apropie de criteriile folosite astăzi, simptomele somatice reamintind de atacul de panică fără ignorarea componentei subiective legate de «umiliința de nu fi apreciat sau de a părea inferior ori ridicol». Hartenberg descrie și anxietatea de performanță identificând două faze: teama anticipatorie de dinaintea expunerii publice și cea din momentul confruntării cu o audiență și trei paliere de intensitate: emoția simplă, tracul (nivel la care apar acuzele somatice) și «marele trac» paralizant, sub imperiul căruia orice comportament social este imposibil. Din experiența noastră de multe ori un incident de acest ultim tip, produs în cursul copilăriei, condiționează un subiect până atunci neutru la stimulul fobogen și constituie punctul de plecare al unei suferințe anxioase care poate evolua sectorial sau se poate globaliza, fie ca fobie socială

generalizată, fie constituind punctul de plecare al unei comorbidități cu alte tipuri de tulburări anxioase, depresive sau adictive.

Independent de tradițiile europene, psihiatrii japonezi au fost și ei interesați de fenomenul fobiilor sociale încă din anii '20. Morita (citată de Takahashi, 1989) creează conceptul de *tai-jin kyôfu* (*kyôfu* înseamnă frică și *tai-jin* contact social) care derivă dintr-un temperament specific, *shinkei shitsu*, care reprezintă efectul advers al unei nevoi patologice de a-și afirma superioritatea față de cei din jur. Pacienții, în general tineri și mai ales bărbați, descriu o teamă de a roși, de a avea o expresie facială inadecvată, de a transpira, de a avea un tremor perceptibil pentru alții, de a privi în ochii altora etc. Diferența între înțelesul occidental al fobiei sociale și cel japonez constă în accentul pus nu pe frica subiectului față de comentariul presupus defavorabil al «celorlalți», ci dimpotrivă pe jena pe care «ceialalți» ar putea să o resimtă observând eventuale simptome prezentate de fobic. Unii psihiatri niponi disting patru forme înscrise într-un continuum clinic: prima este o formă adolescentină, cea de a doua corespunde criteriilor DSM, cea de a treia implică idei delirante impenetrabile la orice contra-argument (de ex. convingerea de a exala un miros neplăcut) și se acompaniază de idei de referință și în sfârșit, o formă care se manifestă înainte sau după un episod psihotic în cadrul unei schizofrenii (Hinton IV și Kleinman, 1993). Acest aspect cultural fundamental este ignorat de clasificările și sistemele diagnostice internaționale cu riscul, cel puțin în acest caz, al simplificărilor, al pierderii a ceea ce ar putea fi aportul specific al unei psihiatrii naționale, desigur nu în goană după originalitate ci propunând concepte fundamentate pe studii respectând metodologiile unanim admise.

Pornind de la definiția lui Marks, bazându-se pe date epidemiologice și mai apoi genetice, neurobiologice și terapeutice, psihiatrii americani introduc noua entitate în DSM-III și apoi în DSM-III-R, de unde este preluată de ICD-10 cu o dorință clară de a

obține o convergență cât mai mare cu DSM IV. Toate acestea au avut cel puțin două consecințe importante: constituirea unei baze solide pentru cercetări viitoare și dezvoltarea de intervenții în principal psihoterapeutice, iar mai nou farmacologice.

Măsura controverselor în jurul fobiei sociale o dă și faptul că nu există nici măcar o unanimitate asupra numelui, unii autori bazându-se pe abundența datelor obținute prin studiile genetice, biologice, clinice, susțin că luarea în considerare a întregii fenomenologii clinice scapă cadrului fobic și fiind vorba despre o entitate distinctă și independentă propun folosirea apelativului de tulburare de anxietate socială.

EPIDEMIOLOGIE

Datele privind epidemiologia fobiei sociale variază de la un studiu la altul (de ex. prevalența pe viață între 0,5 și 23%) într-o măsură mai mare decât pentru alte tulburări psihiatrice. Diferențele se pot datora unei multitudini de factori dintre care reținem noutatea conceptului, lipsa unor criterii consensuale și validate în timp, nivelul de disfuncționalitate acceptat pentru definirea patologică (vezi mai jos studiul lui Stein), diferențele culturale, instrumentele folosite, populația țintă, vârsta de includere în studiu (bătrânii pot evita situații sociale din cauza unora dintre modificările fizice sau intelectuale produse la senectute), sexul (anumite conduite sunt mai ușor acceptate social la femei), mecanismele de-a-face-față (coping) folosite (un subiect refuză o promovare din teama de a fi umilit, teamă pe care și-o descoperă numai în momentul când este confruntat cu această posibilitate).

Studiile bazate pe criteriile diagnostice din DSM-III și care au folosit pentru diagnostic Diagnostic Interview Schedule, dintre care cel mai cunoscut este Epidemiologic Catchment Area (Schneier, 1992), rețin o prevalență pe șase luni de 1,5% și pe întreaga viață variind între 1 și 3% (2,4% pentru ECA). Un factor important de eroare și care explică o prevalență atât de redusă este că DIS-ul nu reține

decât trei situații sociale ca relevante pentru fobie: mâncatul în prezența altora, vorbitul în fața unui mic grup compus din persoane cu care subiectul este familiarizat și vorbitul cu străini; se observă lipsa fricii de a vorbi în public (în sensul cel mai larg), adică cea mai răspândită dintre temerile subiecților cu fobie socială. Este semnificativ că un studiu britanic găsea că 10% dintre 233 de studenții de la Oxford, în special cei cu origine socio-economică modestă, prezentau o teamă nerealistă și excesivă de a vorbi în public (Bryant și Trower, 1974). Analizând rezultatele celor 1488 de incluși în studiul ECA din Carolina de Nord, Davidson (Davidson, 1994) constată că dacă sunt luate în considerare cazurile fobicilor aflați sub pragul diagnostic (cei care nu recunoșteau că simptomele interferă major cu viața lor) prevalența pe viață crește de la 3,8% la 10,5%. Studiile asiatice cu metodologie similară comunică cifre inferioare: în Taiwan 0,6 din populația metropolitană, 0,5 pentru populația urbană din orașele mici și 0,4 pentru populația rurală și în Coreea de Sud 0,5 pentru Seul, ceea ce poate naște întrebări legate fie de existența unor specificități psihopatologice, fie de performanța trans-culturală a criteriilor ori a instrumentelor folosite.

Criteriile DSM-III-R sunt mai nuanțate (de ex. DSM-III limita apariția reacției anxioase la «o situație») și mai inclusive (de ex. conform DSM-III diagnosticul de tulburare de personalitate de tip evitant excludea un diagnostic de fobie socială) motive pentru care duc la valori superioare celor menționate în studiile anterioare. Studiul cel mai amplu, Național Comorbidity Survey, a folosit Composite International Diagnostic Interview, un instrument care generează diagnostice DSM-III-R și ICD-10, într-o versiune capabilă să ofere și diagnostice DSM-IV. Prevalența pe un an a fost de 7,9% și pe viață de 13,3%. Stein (Stein, 1994) realizează un studiu interesant în care folosește criteriile DSM-III-R într-un grup de 526 de subiecți randomizați din populația unui oraș canadian de mărime medie. Este urmărită variația rezultatelor în funcție de interpretarea care este dată

criteriului E care prevede că diagnosticul poate fi precizat numai dacă maladia interferează semnificativ cu funcționarea subiectului sau antrenează o suferință (distress) marcată legată de prezența fobiei. Dacă interferența sau suferința sunt moderate în oricare dintre situațiile sociale prevalența pe șase luni este 18,7%, dacă sunt marcate (mai aproape de sensul din DSM-III-R) prevalența devine 7,1%; eliminarea celor care acuză doar o dificultate de a vorbi în public duce la un rezultat de 6,1%; în sfârșit dacă suferința este eliminată și se reține numai o interferență majoră prevalența devine 1,9%, cu alte cuvinte se regăsește prevalența din ECA.

Analizând 470 de subiecți reprezentativi pentru populația generală elvețiană cu o vârstă cuprinsă între 18-65 de ani, Wacker (Wacker, 1992) găsește o prevalență pe viață de 16% dacă sunt folosite criteriile DSM-III-R și de 9,6% dacă se respectă criteriile ICD-10 versiunea pentru cercetare. Dintre cei 21 de subiecți cu o fobie socială DSM-III-R, dar nu și ICD-10, șase subiecți nu răspundeau criteriului B (aparitia a cel puțin două dintre simptomele enumerate în timpul expunerii la situația fobogenă) și 12 nu răspundeau criteriului C (suferință emoțională semnificativă datorată simptomelor sau evitării cu conștiința caracterului lor excesiv sau nerealist). Singurul pacient cu o fobie socială ICD-10 care nu a întrunit criteriile diagnostice cerute de DSM-III-R acuza o frică excesivă de a vorbi în fața unui mic grup de indivizi, situație anxioasă menționată de ICD-10 dar nu și de DSM-III-R.

Atât ECA cât și NCS acreditează o diferență în prevalența fobiei sociale în defavoarea femeilor, confirmată și de alte studii. Există și autori care afirmă o egalitate a sexelor sau o rată superioară a maladiilor la bărbați. Aceste date se pot datora unui număr mai mare de bărbați care solicită un tratament sau faptului că unele studii nu investighează atent toate tipurile de fobie socială. Rezultatele celor mai multe studii susțin că un număr semnificativ dintre subiecții cu un diagnostic de fobie socială nu reușesc să se căsătorească, ceea ce pare credibil dat fiind tabloul clinic. Mai mult cei care se căsătoresc aleg mai frecvent

parteneri care la rândul lor prezintă o formă de anxietate socială. Faptul că fobia pare să fie mai frecventă la tineri decât la bătrâni sugerează două explicații alternative. Prima se referă la fluctuații generaționale: cei născuți mai recent fiind mai vulnerabili, posibilitate deja validată de studiul ECA în cazul depresiei. A doua soluție o constituie dificultatea celor în vârstă de a oferi informații fiabile privind fenomene care au existat doar în adolescență sau la prima tinerețe spre deosebire de celelalte fobii care sunt la fel de pregnante pe tot parcursul vieții. Ca și în cazul altor tulburări cum ar fi schizofrenia sau alcoolismul și prevalența fobiei sociale pare să fie într-un raport de inversă proporționalitate cu educația și statutul socioeconomic. Deși fenomenul este incontestabil el rămâne greu de explicat: fie boala antrenează o performanță scăzută, fie statutul socioeconomic este implicat în apariția anxietății.

În marea majoritate a cazurilor debutul este precoce (de ex. conform ECA în 21% din cazuri debutul este înainte de cinci ani, în 15% între 6 și 10 ani, în 26% între 11 și 15 ani și în 18% din cazuri între 16 și 20 de ani) fără diferențe semnificative între sexe. Evoluția este în general cronică, eventual cu perioade în care intensitatea este mai redusă. Situațiile anxiogene cel mai des menționate de pacienți privesc: vorbitul în public (80%), prezentarea la examene (10%), relațiile cu autoritățile (8%), a face cunoștință cu cineva, diverse acte făcute în public (a mânca, a bea, a scrie, a munci etc.), a participa la reuniuni de orice fel. Peste 90% dintre subiecți sunt sensibili la mai mult de o situație. Analizând cognițiile anxioase implicate în anxietatea de a vorbi în public Stein (Stein, 1996) identifică: teama că «minte va deveni vidă » (74%), frica de a spune sau de a face ceva jenant (64%), teama că nu va putea să continue să vorbească (63%), teama că va spune ceva ilogic (59%), frica semnelor somatice de anxietate: tremor, transpirat, etc. care ar putea fi observate (80%).

În ciuda unei literaturi din ce în ce mai importante și convingătoare prin soliditatea rezultatelor, fobia socială rămâne diagnosticul cel mai ignorat de psihiatri. Consecința acestei situații este un nivel ridicat

de comorbiditate. Studiul ECA a găsit o prevalență pe întreaga viață a comorbidității de 69% cele mai frecvente asocieri privind fobia simplă (59%), agorafobia (45%), abuzul de alcool (19%), depresia (17%), abuzul de droguri (13%). Conform altor studii comorbiditatea cu tulburările afective variază între 41 și 45%. Intre pacienții cu tulburări ale comportamentului alimentar, fobia socială variază la subiecții cu anorexie între 23% și 54%, iar la cei cu bulimie între 31 și 56%. Analizând aceste date Schneier (Schneier, 1992) afirmă că de cele mai multe ori fobia socială precede apariția altor tulburări. Majoritatea autorilor sunt de acord cu incidența crescută a ideilor suicidare la subiecții cu fobie socială. Comorbiditatea cu tulburările de personalitate este importantă variind în funcție de sistemul diagnostic și autor; cea mai controversată, cea cu personalitatea evitantă variază între 30 și 90%. Unii autori disting două tulburări diferite, alții afirmă existența unui continuum în care personalitatea evitantă este doar o extremă.

Pentru România nu dispunem de studii epidemiologice privind tulburările anxioase. Cu toate acestea într-un studiu recent (Teodorescu și Andreescu, 1996) asupra asocierilor medicamentoase într-un spital bucureștean am putut observa lipsa diagnosticului pe foile de externare pe o perioadă de un an. În mod surprinzător un studiu ulterior (Teodorescu și Subțirică, 1997) regăsea aceleași rezultate într-o populație ambulatorie. Fenomenul se poate explica fie prin prezența unei comorbidități care masca fobia socială, fie printr-un deficit diagnostic sau în sfârșit printr-o solicitare scăzută de servicii medicale a acestor bolnavi, ceea ce ar fi în acord cu observații făcute în alte țări.

TABLOR CLINIC ȘI CRITERII DIAGNOSTICE

Introducând conceptul de fobie socială, Marks a avut în vedere subiecții care în situații sociale descriu apariția unei anxietăți fobice însoțite de comportamente de evitare. Entitatea este oficializată o

dată cu preluarea sa de către DSM-III respectând definiția lui Marks. Clinic putem distinge o triadă simptomatologică: nucleul fobic, conduitele de evitare și anxietatea anticipatorie. Nucleul îl constituie teama subiectului că va acționa în public de o manieră nepotrivită, umilitoare, ridicolă, irațională sau jenantă. Situațiile sociale avute în vedere sunt extrem de diverse; reținem câteva dintre cele mai frecvente: vorbitul, mâncatul, dansatul, scrisul, muncitul în public; folosirea toaletelor publice; intratul într-o sală deja plină sau în care ceilalți sunt așezați; contactul cu autoritățile sau cu șefii ierarhici; participarea la petreceri, reuniuni, spectacole; incapacitatea de a refuza o solicitare. Consecințele acestor dificultăți sunt diverse: unii pacienți, în ciuda disconfortului în situațiile anxiogene, reușesc să-și mențină o viață socială fără modificări semnificative, alții evoluează către alterarea globală a modului de funcționare cu o izolare socială din ce în ce mai mare. Unele dintre consecințele redutabile ale unei evoluții nefavorabile sunt abuzul de alcool, droguri sau anxiolitice, depresia și tentativele de sinucidere.

Expunerea fobică duce la numeroase manifestări somatice, uneori ele îmbrăcând forma unui atac de panică. Pacienții descriu palpitații, jenă respiratorie, micțiuni frecvente, transpirații, senzații de cald și rece, cefalee, vertij, nesiguranță în ortostatism, etc. Dacă simptomele somatice sunt nespecifice, interpretarea pe care le-o dă subiectul este proprie fobiei sociale. Conduitele de evitare se instalează de cele mai multe ori insidios ceea ce amână recunoașterea caracterului patologic al condiției. Dacă fobicul nu reușește să evite situația anxiogenă el o va trăi ca excesiv de penibilă. În stadiile de început ale bolii pacientul poate să aprecieze că urmările negative ale unei evitări sunt mai mari decât cele ale confruntării și poate să se forțeze să accepte o expunere. Acest comportament devine mai dificil sau chiar imposibil mai târziu ceea ce se traduce printr-o interferență marcată cu toate aspectele vieții cotidiene: 40% dintre pacienți nu se căsătoresc niciodată, nu au prieteni sau foarte puțini, pot abandona studiile în ciuda unor rezultate încurajatoare, refuză să fie avansați,

nu solicită mărituri de salariu etc. Un echilibru precar, un sentiment de jenă, ignorarea posibilităților terapeutice, efectul disuasiv al anturajului sau chiar al somaticienilor («un pic de voință») explică de ce pacienții se adresează unui profesionist la zece ani sau chiar mai mult după debutul bolii sau după apariția complicațiilor, atunci când cronicizarea și amplexarea disconfortului întunecă prognosticul și reduc eficacitatea tratamentelor. Impactul asupra calității vieții este major chiar dacă evaluarea sa este dificilă și rămâne marcată de toate problemele care grevează și studiile epidemiologice. Faptul că boala debutează precoce, la vârste la care subiectul nu realizează că ceea ce trăiește este patologic, duce la modelarea întregii vieți, la modificarea alegerilor fundamentale pe care pacientul le face înainte de a deveni adult. În aceste condiții bolnavul nu poate evalua cu ușurință alterarea calității vieții și datele culese prin studiile ECA și NCS nu sunt concludente. Mai relevante sunt cele obținute în context clinic. Scalele de dizabilitate administrate acestei populații au contribuit la identificarea aspectelor cel mai mult influențate de boală: educație, activitate școlară/profesională (chiar atunci când alegerea meseriei era conformă cu înclinațiile performanța profesională era sub posibilități), relațiile de cuplu, rețeaua de suport social, căsătoria, viață socială, vulnerabilitatea la alte boli etc. Este important de remarcat că mulți dintre cei care consultă în ambulator nu întrunesc toate ci numai unele dintre criteriile necesare pentru a se putea preciza un diagnostic, ori chiar și cei cu forme «sub prag» descriu consecințe extrem de neplăcute ale simptomelor lor fobice; apare evidentă necesitatea creării de instrumente pentru măsurarea calității vieții mai performante.

DSM-III a fost criticat pentru opțiunile restrictive legate de necesitatea prezentei stimulului fobogen specific excluzând situațiile de anxietate socială generală și de asimilarea fobiei sociale generalizate cu tulburarea de personalitate de tip evitant. DSM-III-R răspunde acestor rezerve modificând criteriul A care include «o frică persistentă **în una sau mai multe** situații», modificare reluată și de

DSM-IV care nuanțează și mai mult făcând o distincție între situațiile sociale și situațiile în care pacientul întreprinde ceva (performance situations) și totodată introduce prevederi specifice pentru copii și adolescenți la criteriile A, B și C. DSM-III-R preia criteriul B din DSM-III dar îl reformulează și îl dezvoltă în criteriile E și F. Primul adăugă suferinței (distress) care devine «marcată», interferența comportamentului evitant cu munca, activitățile și relațiile sociale obișnuite și al doilea (care va deveni criteriul C în DSM-IV) precizează că subiectul recunoaște caracterul excesiv sau irațional al fricii sale. În sfârșit DSM-III-R orientează reflecția pe marginea prezenței unor afecțiuni dar pe axa III și acceptă comorbiditatea cu axa II.

Pornind de la studiile (epidemiologice, biologice, genetice și terapeutice) generate de clasificările precedente comitetul pentru redefinirea fobiei sociale în cadrul DSM-IV condus de Schneier (Schneier, 1994) a făcut mai multe recomandări. În problema timidității experții deși constată o similitudine a simptomelor comportamentale, cognitive și somatice consideră că termenul este mult prea heterogen și ambiguu ca să-și găsească locul între criteriile pentru fobia socială. Într-un continuum al anxietății sociale timiditatea ar putea reprezenta forma mai puțin severă. Intre fobia socială și timiditate se pot identifica diferențe semnificative: evitarea însoțește fobia dar nu și timiditatea; prima interferă cu numeroase aspecte ale vieții subiectului, nu și cea de a doua; fobia are un debut mai tardiv decât timiditatea. Anxietatea de examen a fost studiată doar pe populații de elevi și studenți; rezultatele identifică răspunsuri somatice asemănătoare în cele două tulburări și o rată mare de comorbiditate. Comitetul a formulat două opțiuni: anxietatea de examen să fie recunoscută ca un exemplu de fobie socială sau menționarea unei asocieri dar fără a o include între criterii. Urmarea a fost că în criteriul E apare o mențiune vagă despre funcționarea academică a subiectului. Specialiștii nu au găsit date care să justifice modificări față de DSM-III-R în ceea ce privește relațiile dintre fobia socială și anxietatea generalizată sau personalitatea evitantă, dar sugerează clarificarea

în text a legăturii cu abuzul de substanțe și cu axa III ceea ce a dus la reformularea criteriilor G și H.

Dacă ICD-9 nu opera nici o distincție în sindromul fobic, ICD-10 introduce fobia socială dar descrierea este vagă și criteriile chiar în versiunea dedicată cercetării insuficiente. Din această cauză vom insista asupra propunerilor din DSM-IV. Pe lângă modificările față de DSM-III-R deja menționate, criteriul A reține și posibilitatea ca subiectul fobic să fie preocupat de apariția simptomelor anxioase care observate de ceilalți ar avea consecințe defavorabile sau percepute ca atare de pacient. De exemplu un subiect preocupat de mirosul dezagreabil pe care corpul său l-ar putea emana în prezența unor străini, sentiment însoțit doar de palpitații, dacă întrunește celelalte criterii poate fi diagnosticat ca prezentând o fobie socială, ceea ce nici DSM-III-R și nici ICD-10 nu ar permite. Criteriul A cere ca frica să fie persistentă fără a preciza o limită de timp la adulți, dar pentru indivizii sub 18 ani o notă menționează că teama trebuie să nu se manifeste doar în relațiile cu maturii, iar criteriul F impune o durată de cel puțin șase luni. Ca urmare a mai multor studii realizate de Barlow și echipa sa, experții au modificat criteriul B admitând în DSM-IV că unii subiecți pot prezenta invariabil în anumite situații o simptomatologie similară celei întâlnite în atacurile de panică. Nota la acest criterii precizează că la copii simptomele pot lua forma unui tremurat foarte intens, a plânsului sau a «înghețării» atunci când sunt confrunțați cu străini. Conform criteriului C subiectul (adult nu și copilul) recunoaște caracterul excesiv sau irațional al fricii. După Stein rolul acestui criteriu este să permită excluderea cazurilor în care simptomele apar în context psihotic. Ca și DSM-III-R criteriul D apreciază că situațiile fobice fie antrenează comportamente de evitare fie sunt trăite cu o anxietate intensă, DSM-IV adăugând și posibilitatea apariției suferinței (distress). Acest ultim element este menționat și în criteriul E în care este evocată interferența semnificativă pe care evitarea, anxietatea anticipatorie și suferința le pot avea cu viața obișnuită a subiectului, printre activitățile acestuia fiind menționate

și cele academice. Din nefericire criteriul rămâne la fel de vag ca și în DSM-urile anterioare și nu precizează care este nivelul de la care interferența devine ne semnificativă. Absența de claritate se răsfrânge asupra studiilor epidemiologice și poate explica diferențele de prevalență de la un studiu la altul, de la o țară la alta. Totodată ridică probleme și în studiile farmacologice în legătură cu grupurile de pacienți care beneficiază sau nu de un tratament medicamentos. Notele consacrate copiilor și adolescenților la criteriile A, B și C permit renunțarea la criteriul G din DSM-III-R și implicit la tulburarea de personalitate evitantă specifică acestora. În DSM-IV criteriul G integrează recomandările experților privind abuzul de substanțe psiho-actives și tulburările axelor II și III, ceea ce permite excluderea diagnosticului în situațiile în care simptomele anxioase sunt consecința abuzului sau a unei condiții somatice particulare. În plus clinicianul trebuie să aprecieze dacă simptomele nu corespund de fapt unei alte tulburări de pe axa I (de ex. tulburare de panică cu sau fără agorafobie, anxietate de separare, tulburare corporală dismorfică) sau de pe axa II (de ex. tulburarea de personalitate de tip schizoid). Criteriul H nu îngăduie diagnosticarea unei fobii sociale dacă obiectul anxietății subiectului privește exclusiv o boală somatică pe care acesta o prezintă. De exemplu, nu se va considera că un pacient cu boala lui Parkinson are și o fobie socială dacă se teme că va tremura în fața altora. Desigur diagnosticul este posibil dacă anxietățile privesc de exemplu incapacitatea de a spune «nu» ori frica de a spune ceva irațional.

SUBTIPURI ALE FOBIEI SOCIALE

După delimitarea fobiei sociale ca un tip de tulburare anxioasă specifică, pornind de la observații clinice, numeroși autori au încercat să formuleze argumente în sprijinul existenței mai multor sub-tipuri. În funcție de numărul situațiilor fobogene pot exista forme simple sau limitate și altele generalizate. Autorii francezi separă forme primare

care privesc teama de a fi umilit în public și forme secundare caracterizate prin frica apariției unei simptomatologii anxioase în prezența altora (atunci când este vorba de un atac de panică criteriul G din DSM-IV exclude de fapt diagnosticul). Presiunea exercitată de aceste dezbateri a fost suficient de mare ca DSM-III-R să facă loc unei opțiuni: subtipul generalizat. Precizarea «cele **mai multe** situații sociale» se pretează la confuzii și lasă loc fiecăruia să o interpreteze după cum dorește. Schneier dă un exemplu: un subiect care are dificultăți în relațiile cu sexul opus; pacientul nu poate fi considerat ca aparținând subtipului generalizat pentru că nu exprimă o anxietate în **majoritatea** situațiilor, dar nici nu poate fi considerat ca având o fobie socială simplă sau non-generalizată (chiar dacă subtipul nu este menționat de DSM-IV el ni se pare implicit) pentru că anxietatea este prezentă în mai multe contexte decât la un subiect al cărui unic simptom este frica de a vorbi în public.

Stein (Stein, 1995) consideră că situațiile fobogene pot fi împărțite în situații în care subiectul întreprinde ceva (performance): mănâncă, bea, lucrează, scrie, intră într-o încăpere în care ceilalți sunt deja așezați etc. și situații care implică o interacțiune: vorbitul la telefon, stabilirea unui contact vizual cu străini, a cere informații unui străin, a se adresa unei persoane de alt sex, a restitui produse defecte magazinului din care au fost achiziționate etc. Pornind de la aceste considerații experții angajați în pregătirea DSM-IV au sugerat o clasificare cu trei subtipuri:

– tipul care implică a întreprinde ceva: subiectul trebuie să facă în prezența altora activități pe care le poate realiza fără dificultăți dacă este singur. Acest tip nu întrunește criteriile pentru a fi considerat generalizat;

– tipul interactiv limitat: stimulul fobic este restrâns la una sau două situații sociale, de exemplu a solicita o întâlnire sau a merge la petreceri;

– tipul generalizat: dacă situațiile fobice includ majoritatea situațiilor sociale.

Diverse studii au arătat că forma generalizată se deosebește de celelalte forme printr-un grad de transmisie genetică mai mare, printr-o evoluție mai puțin favorabilă și printr-o alterare marcată a calității vieții. Datele amintite constituie argumente în favoarea validității delimitării tipului generalizat. Dacă tipul generalizat a fost menținut în DSM-IV, celelalte două subtipuri nu au convins pe toți autorii DSM-IV și ele au fost menționate doar în studiile pregătitoare, urmând ca numai studii ulterioare să stabilească dacă vor fi acceptate în DSM-V.

Sub-tipul generalizat ridică probleme de diagnostic diferențial cu tulburarea de personalitate de tip evitant, o dispută care durează de decenii și pe care excluderea simultaneității diagnosticelor din DSM-III nu a rezolvat-o. DSM-IV incită la considerarea unui diagnostic de personalitate evitantă de fiecare dată când se consideră că fobia socială este de tip generalizat. Aceasta se datorează similitudinii criteriilor în ciuda unor modificări substanțiale între criteriile reținute de ultimele două ediții ale DSM. Noua definiție a personalității evitante reține pe lângă inhibiție socială și sentimente de inadecvare și existența unei sensibilități crescute atunci când subiectul este confruntat cu o evaluare negativă. Diagnosticul de personalitate evitantă impune prezența a patru din următoarele: 1. evitarea activităților care implică contacte interpersonale importante datorită fricii de critică, dezaprobare sau respingere; 2. reticență în a se relaționa cu alții dacă subiectul nu este sigur că va fi acceptat; 3. reținere în a se angaja în relații intime de teamă că va fi jenat sau ridiculizat; 4. preocupat că va fi criticat sau respins în situații sociale; 5. se simte inhibat în situații interpersonale noi din cauza unui sentiment de inadecvare; 6. se vede pe sine ca fiind nepotrivit social, lipsit de putere de atracție sau inferior celorlalți; 7. de obicei se teme să-și asume riscuri personale sau să se angajeze în activități noi pentru că s-ar putea dovedi jenante.

Diverse studii găsesc că între 30 și 90% dintre subiecții cu fobie socială generalizată prezintă un diagnostic de personalitate evitantă și între 71 și 100% dintre subiecții cu personalitate evitantă prezintă

o fobie socială generalizată. Luând în considerare această comorbiditate putem distinge în ordinea descrescătoare a frecvenței lor: subiecți cu ambele diagnostice, subiecți doar cu un diagnostic de fobie socială generalizată și foarte puțini pacienți cu o fobie socială non-generalizată și personalitate evitantă. Trecând în revistă studiile relevante Heimberg (Heimberg, 1993) consideră că sunt posibile mai multe explicații: între cele două tulburări există doar o diferență de severitate simptomatologică, criteriile diagnostice sunt insuficient de specifice și conduc la confuzii, în sfârșit cele două entități descriu în termeni diferiți o aceeași simptomatologie. Ca și în cazul atacurilor de panică cu agorafobie, unii pacienți cu fobie socială pot dezvolta comportamente de evitare. Evitarea socială poate avea atât o componentă genetică cât și să fie rezultatul expunerii la contingente particulare care au survenit în primele stadii de dezvoltare, eventual chiar unele trăsături de personalitate predispozante. În acest caz evitarea și expresia ei ar putea fi considerate simptome asociate fobiei sociale generalizate mai degrabă decât o tulburare de personalitate independentă. Pentru ca diagnosticul să fie mai nuanțat evitarea ar putea fi descrisă ca ușoară, moderată și severă.

Desigur confuzia între fobia socială generalizată și personalitate evitantă redeschide și discuția dintre susținătorii unei abordări categoriale și cei care o preferă pe cea dimensională în diagnosticul psihiatric. Ultimii propun existența unui continuum patologic, pacienții fiind evaluați numai în funcție de «pervazivitatea» evitării sociale.

BIOLOGIA FOBIEI SOCIALE

Data fiind noutatea conceptului și rezistența profesiei la recunoașterea importanței sale nu este de mirare că studiile despre eritabilitatea fobiei sociale sunt rare. Într-un studiu publicat de Torgersen (Torgersen, 1990) au fost evaluate fricile legate de un context social pe care le prezentau 95 de perechi de frați gemeni. Rezultatul a evidențiat o concordanță semnificativ mai mare la frații

dizigoți decât la cei monoziigoți, deci un argument în favoarea unei transmisii genetice. Cea mai importantă cercetare de acest tip a fost realizată de Kendler (Kendler, 1992) pe un grup de 2163 de gemeni femei. Evaluarea s-a făcut folosind DIS pentru DSM-III. Fobia socială a fost diagnosticată în 11,5% din cazuri. Concordanța a fost de 24,4% pentru gemenii dizigoți și de 15,3% pentru monoziigoți. Rezultatele studiului i-au permis lui Kendler să evalueze heritabilitatea fobiei sociale la 30%.

Studiile familiale găsesc și ele în general o rată semnificativ crescută a apariției bolii la rudele pacienților comparativ cu subiecții care nu prezintă o fobie socială. Datele trebuie verificate, numărul celor incluși în studiile menționate fiind redus. Un studiu interesant a realizat Manuzza (Manuzza, 1995) urmărind să evidențieze diferențe între diversele forme de fobie socială conform criteriilor DSM-III-R. A reieșit că fobia socială a fost prezentă la 16% dintre rudele pacienților cu o formă generalizată și doar la 6% dintre rudele subiecților cu o fobie socială non-generalizată, adică aproape aceeași rată ca la sănătoși. Pe baza acestor date Manuzza formulează două concluzii: delimitarea unei forme generalizate de fobie socială este justificată și este posibil ca această formă să se transmită genetic într-o măsură mai mare.

Mai multe studii au evaluat răspunsul fiziologic instalat ca urmare a expunerii la situația anxioasă. Așa după cum putea fi prevăzut s-au înregistrat creșteri ale tensiunii arteriale, ale pulsului, ale numărului de respirații etc. Important din punct de vedere al intervențiilor psihoterapeutice a fost observația conform căreia spre deosebire de celelalte tulburări anxioase expunerea la stimulul fobogen nu antrenează o diminuare a răspunsului anxios. Este posibil ca rolul cognițiilor negative să fie determinant în fobia socială și numai restructurarea acestora să permită diminuarea simptomatologică.

Investigarea modificărilor electroencefalografice în timpul somnului nu a dus la rezultate concludente. După unii autori activitatea motorie în cursul somnului ar fi crescută.

Studiile care au folosit provocarea răspunsului anxios cu infuzie de lactat sodic și epinefrină au produs atacuri de panică la cei cu o tulburare de panică dar nu și la cei cu fobie socială. Rezultatele sunt controversate atunci când s-a folosit cafeină, bioxid de carbon și isoproterenol. Toate aceste date trebuie privite cu multă precauție datorită numărului mic de subiecți și a altor probleme metodologice.

Evaluările psihoneuroendocrine nu au revelat date semnificative; valorile cortizolului urinar și răspunsul la testul cu dexametazonă au fost similare cu cele înregistrate la voluntarii sănătoși. Un studiu care a analizat răspunsul la clonidină a sugerat existența unei disfuncții noradrenergice la pacienții cu fobie socială asemănătoare cu cea înregistrată în tulburarea de panică. Aceste rezultate au fost infirmate de datele comunicate de Tancer (Tancer citat de Stein). Tancer a analizat în plus răspunsul prolactinei la levodopa, faptul că nu s-a modificat față de normal permițându-i să infirme implicarea sistemului dopaminergic. Evaluarea cortizolului după administrarea de fenfluramină a evidențiat un răspuns crescut față de normal, ceea ce implică o disfuncție a sistemului serotoninergic, deducție susținută și de eficacitatea terapeutică a anumitor medicamente care intervin în reglarea serotoninei.

În concluzie, deși toate studiile au evidențiat modificări ale parametrilor fiziologici și mai ales o creștere a activității cardiace în situațiile sociale redutate, nu au putut fi decelate diferențe specifice față de celelalte tulburări anxioase; nu au putut fi identificați markeri biologici specifici; cu excepția serotoninei se pare că alți neurotransmițători nu sunt implicați în biochimia fobiei sociale.

INSTRUMENTE DE DIAGNOSTIC ȘI EVALUARE

Instrumentele diagnostice și de evaluare au contribuit într-o măsură mai mare decât pentru alte tulburări anxioase în precizarea diagnosticului și a caracteristicilor fobiei sociale. Încă din capitolul consacrat epidemiologiei s-a putut remarca influența interviurilor

structurate. Avantajul lor este că oferă o formalizare a gândirii clinice și împiedică ignorarea simptomelor relevante mai ales la pacienții anxioși care dezvoltă conduite de evitare și care preferă să nu evoce simptomele care îi fac să sufere, observație cu atât mai adevărată în cazul celor cu fobie socială și care sunt confrunțați cu un interviu realizat de un străin, situație fobogenă prin excelență. Un avantaj major este că oferă și o imagine asupra comorbidității pentru fiecare subiect. Dacă DIS are doar o valoare istorică, cele mai folosite interviuri în SUA sunt Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) (versiunea DSM-IV este în curs de publicare), Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Anxiety Version (SADS-LA) și Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R), toate urmărind cu atenție orice modificare înregistrată în DSM. Dacă primele sunt destul de cunoscute, ADIS-R și-a dovedit eficacitatea în cursul cercetărilor regionale necesare elaborării DSM-IV. Este un interviu structurat elaborat de un grup de cercetători condus de DiNardo sub egida NIMH. Investigarea simptomatologică este complexă și exhaustivă permițând nu numai formularea unui diagnostic, dar oferind și informații despre factorii situaționali și cognitivi care influențează anxietatea. Administrarea necesită antrenament și durează 1-2 ore.

În sfârșit amintim CIDI care are avantajul de a genera atât diagnostice ICD-10 cât și DSM. Este un instrument care și-a dovedit utilitatea în cursul cercetărilor efectuate pentru ultima revizuire a clasificării internaționale și lansarea de versiuni naționale va contribui fără îndoială la răspândirea sa.

Numeroase instrumente psihometrice includ sub-scale pentru fobia socială sau au fost construite exclusiv pentru evaluarea acesteia. Menționăm doar câteva:

– the Fear Questionnaire (Marks și Mathews, 1979) este un chestionar cu 24 de itemi și a devenit cu timpul instrumentul standard pentru evaluarea fobiilor. Are o scală pentru fobia socială;

– the Fear Survey Schedule (Wolpe și Lang, 1964) permite evaluarea fricilor iraționale. Conține 72 de itemi pentru care sunt permise cinci răspunsuri. Are o subscală pentru fobie socială;

– Rathus Assertiveness Schedule (Rathus, 1973) este un instrument pentru evaluarea afirmării de sine. Un comportament asertiv, conceput comportamentalist, permite subiectului să-și exprime fără anxietate gândurile, sentimentele, opiniile, să determine respectarea drepturilor sale. RAS conține 30 de afirmații pe care subiectul poate să le coteze folosind note de la -3 la +3. Deși poate fi utilizat în toate afecțiunile unde apare o diminuare a asertivității el este folosit în principal în fobia socială;

– Social Avoidance and Distress Scale (Watson și Friend, 1969) este una dintre cele mai folosite scale pentru evaluarea anxietății sociale. Are 28 de itemi la care se răspunde «adevărat/fals». SAD măsoară în principal suferința (distress) și comportamentele evitante;

– Fear of Negative Evaluation Scale (Watson și Friend, 1969) are 30 de itemi la care se răspunde «adevărat/fals». FNE măsoară în principal teama legată de posibile aprecieri negative venind din partea altora;

– Liebowitz Social Phobia Scale (Liebowitz, 1987) este o scală de 24 de itemi creată pentru a evalua toate tipurile de anxietate socială. Cotarea se face de la 0 la 3;

– Brief Social Phobia Scale (Davidson, 1991) este o scală în 11 itemi cotați de la 0 la 4. A fost creată pentru a evalua șapte situații sociale anxiogene atât din punct de vedere al fricii cât și al evitării.

Cele mai utilizate scale de evaluare a calității vieții pacienților cu fobie socială sunt:

– the Disability Profile, scală completată de clinician care măsoară opt domenii din viața cotidiană a pacientului cu care boala poate interfera; fiecare este cotate de la 0 la 4;

– Liebowitz Self-Rated Disability Scale care este un auto-chestionar pe care îl completează pacientul și evaluează aceleași domenii care pot fi marcate de boală.

MODELE

Liebowitz a numit fobia socială «tulburarea neglijată». Nimic mai potrivit dacă încercăm să identificăm un model psihanalitic al acestei suferințe. Freud considera că problemele cu care sunt confrunțați pacienții sunt expresia unor conflicte intrapsihice, persoanele înconjurătoare fiind analizate ca expresie a unei legături simbolice posibile cu incidente din prima copilărie și nu ca ființe cu caracteristici sociale intrinseci. Experiențele precoce includ lumea exterioară doar în termeni de separare sau de castrare. Socialul este exclus. Observații etologice l-au determinat pe Bowlby să afirme existența unor mecanisme primare de atașament. Primele experiențe sunt internalizate de subiect sub forma «relațiilor obiectuale», rebotezate de Horowitz «scheme interpersonale» noțiuni încă foarte îndepărtate de problematica fobicului social. Singurul model de oarecare ecou în domeniu este cel propus de Trower și Gilbert (citat de Stein). Autorii emit ipoteza existenței a două sisteme complementare de supraviețuire: sistemul de apărare și sistemul de siguranță. Într-o fobie socială primul este hiperactivat, iar cel de al doilea nu este utilizat. Hiperactivarea sistemului de apărare duce la modificări ale proceselor interpretative și atenționale cu atribuirea de caractere amenințătoare unui număr mare de stimuli neutri. Subiectul se simte agresat și adoptă atitudini ostile sau defensive față de cei din jur. Incapacitatea de a folosi sistemul de siguranță, care este o expresie a atașamentului, pentru identificarea și elaborarea de răspunsuri adecvate stimulilor favorabili duce la instalarea unui patern comportamental de evitare ceea ce accentuează și mai mult ignorarea aspectelor plăcute ale relațiilor sociale.

Comportamentalității cărora li se datorează identificarea fobiei sociale ca o entitate nosologică independentă și care au contribuit decisiv la descrierea și înțelegerea ei au fost primii care au elaborat modele explicative. Wolpe consideră că fobia socială apare ca un răspuns condiționat instalat în urma unei asocieri accidentale cu

stimulul neutru care ulterior devine fobogen. Subiectul dezvoltă conduite protective cu scopul evitării situației anxiogene sau cel puțin al diminuării anxietății, beneficiul de moment al acestor conduite împiedică o expunere firească și deci o decon condiționare naturală. Succesul tratamentelor comportamentale a împiedecat un timp evaluarea lor critică. În prezent este evident că ele nu pot explica decât cazurile în care fobia socială s-a instalat traumatic, de ex. un subiect care la vârsta de trei ani nu a putut reproduce un text învățat la o serbare la care asista un public numeros poate dezvolta o tulburare anxioasă în adolescență sau ca adult tânăr în situații care presupun o posibilă evaluare exterioară.

Teoria învățării sociale (Bandura, 1977) încearcă să explice modul în care sunt deprinse comportamentele sociale prin observarea acțiunilor întreprinse de alții și prin evaluarea consecințelor propriilor acțiuni. Ideile lui Skinner asupra efectelor pe care urmări pozitive sau negative le au asupra comportamentelor (con condiționare operantă) sunt extinse asupra comportamentelor sociale. Capacitățile simbolice permit însușirea comportamentelor sociale fără o traducere motorie imediată. Această distincție între achiziție și executarea propriu-zisă explică de ce fobicul poate să rețină un comportament chiar dacă este incapabil să-l reproducă. Perceperea, justificat sau nu, a propriilor capacități sociale ca fiind insuficiente definește expectația de eficacitate scăzută care caracterizează fobicul; chiar dacă subiectul realizează o performanță socială perfectă, Bandura consideră că expectația de nereușită îl va face să considere că cei din jur au fost nemulțumiți. Modelul oferă doar o explicație parțială dacă luăm în considerare studiul lui Kendler menționat mai sus a cărui concluzie era că mediul familial exercită o influență redusă în fobia socială. În sfârșit alți autori au sugerat un model al deficitului în abilități sociale. Studii empirice par să confirme existența unui deficit la acest nivel la subiecții cu fobie socială, totuși legătura de cauzalitate nu este evidentă: studiile au fost retrospective, este posibil ca abilitățile sociale să fie inhibitate anxios sau modificate prin nepracticarea lor în context

social. Pe de altă parte chiar dacă nu există un deficit obiectivabil, auto-evaluarea pe care subiectul o realizează este negativă.

Modele mai noi integrează și o componentă cognitivă. Heimberg consideră că există o predispoziție genetică pentru anxietatea socială. În condițiile în care un subiect cu această zestre genetică traversează experiențe umilitoare cu alți copii sau este expus unui mediu traumatizant: model parental de fobie socială, părinți care supraevaluează opinia altora, care propun standarde ideale, care izolează copilul de congeneri sau care prin sancțiuni repetate încurajează formarea unei imagini de sine auto-depreciative, acel subiect va dezvolta cogniții disfuncționale de tipul: contactele sociale sunt periculoase pentru respectul de sine, singurul mod în care comentariile negative pot fi evitate este de a întreprinde acțiuni perfecte și convingerea că îi lipsesc calitățile necesare pentru a emite comportamente perfecte. Cu timpul apare o anxietate anticipatorie legată de contextul social care va fi evitat ori de câte ori este posibil. Înaintea sau în timpul expunerii la stimulul anxiogen capacitatea de procesare a informațiilor se restrânge doar la ceea ce pare amenințător sau confirmă aprehensiunile subiectului copleșit de o avalanșă de gânduri de eșec și de potențiale consecințe catastrofice ale imperfecțiunilor sale. Activarea fiziologică este integrată în discurs și folosită ca o dovadă a faptului că situația este deosebită și că el nu reușește să-i faci față; ca un corolar apare și jena că ceilalți ar putea remarca simptomele anxioase somatice. Indiferent dacă reușește să realizeze ce se aștepta de la el sau nu (uneori din cauza anxietății sau a unui deficit premergător în abilitățile sociale) subiectul va hotărî că a eșuat lamentabil. Convingerea că și ceilalți gândesc la fel va fi punctul de pornire al unei escalade anxioase care se va auto-întreține.

Diverse studii au oferit date despre modificările cognitive care caracterizează fobia socială: locus de control extern, lipsa modificărilor mnezice (date controversate), existența unui deficit atențional care duce la o procesare disfuncțională a informațiilor, prezența unui număr crescut de cognițiuni sociale negative în

comparație cu alte tulburări anxioase, în unele cazuri o exprimare precipitată antrenând o hiperventilație, un stil atribuțional intern, supraestimarea dificultăților, subevaluarea performanțelor proprii (chiar în condițiile în care subiectul are un deficit real al abilităților sociale evaluarea negativă a performanțelor este disproporționată) etc. (unele din aceste studii sunt descrise în detaliu în capitolul 2). Pornind de la aceste observații ca și de la rezultatele studiilor privind biologia fobiei sociale, Clark (Clark, 1995) a propus un model integrativ folosind un cadru cognitiv. După el elementul central al suferinței îl constituie dorința subiectului de a crea o impresie favorabilă dublată de neîncrederea în propriile abilități sociale. Printr-un proces de influențare reciprocă între predispoziții înnăscute și situații de viață specifice, fobicul dezvoltă convingeri disfuncționale legate de pericol în situații sociale și de consecințele dezastruoase pe toate planurile ale eșecurilor sale. Beck consideră că de fiecare dată când subiectul este confruntat cu un stimul social sunt activate spontan schemele anxioase maladaptative (vezi și Young, 1991); Clark propune activarea unui «program anxios» adică un complex cognitiv, afectiv, somatic și comportamental probabil moștenit și care în condițiile primejdiilor primitive era adecvat, dar care cu timpul a devenit incongruent cu mediul social modern. Pe această bază se vor constitui lanțuri cauzale care se vor auto-întreține. Interpretarea simptomelor somatice și comportamentale le transformă în surse de anxietate și pericol. Preocuparea permanentă cu propriile frământări interioare face ca fobicul să selecteze doar informațiile care par să-i confirme prejudecățile și să le ignore pe cele care ar permite o evaluare corectă a realității și a resurselor. După Clark subiecții par tensionați ceea ce ar antrena mai puține semne de prietenie din partea anturajului. Elemente din construcția lui Clark par hazardate. Frecvent, deși nu au deficite ale abilităților sociale și performanța lor este adecvată și în ciuda unui comportament suportiv explicit din partea celor apropiați, fobicii se apreciază pe ei înșiși într-un mod defavorabil și evocă argumente privind nemulțumirea mediului social.

Indiferent de incapacitatea modelelor actuale de a integra toate informațiile pe care le avem despre fobia socială și de a explica toate fenomenele care o caracterizează ele au avut o contribuție esențială la crearea de metode terapeutice performante.

TRATAMENT

A. Tratamente farmacologice

În tratamentul fobiei sociale au fost încercate de-a lungul timpului diverse clase de medicamente cu rezultate în general mediocre.

Betablocantele, propranololul și atenololul, reduc unele simptome periferice dar eficacitatea lor nu a putut fi dovedită, iar efectele lor secundare nu pot fi neglijate. Unii continuă să le folosească în anxietatea de scenă. Studiile care au încercat să evalueze eficacitatea în fobia socială și în fobia socială sub-tipul care implică a întreprinde ceva, nu au dat rezultate pozitive.

Benzodiazepinele au uneori o eficacitate simptomatică umbră de riscul dependenței și de acela că la oprirea tratamentului simptomatologia se poate reinstala, eventual într-o formă și mai intensă. Un studiu recent respectând riguros metodologia de cercetare dar cu un număr restrâns de pacienți și fără follow-up pare să sugereze o eficacitate a clonazepamului administrat între 0,5 și 3 mg pe zi.

Primele studii sugerând beneficiul administrării **IMAO** în fobia socială au apărut încă în anii '70 dar ele erau grevate de multiple imperfecțiuni metodologice. În ultimii zece ani au apărut trei studii în dublu orb cu grup control care au dovedit contribuția fenelzinei în ameliorarea simptomatologică a pacienților în 8-12 săptămâni de tratament. S-a observat că apar frecvent efecte adverse care cu timpul diminuează beneficiul terapeutic, iar discontinuarea medicamentului duce destul de des la reapariția simptomelor. Lansarea IMAO reversibile a suscitată speranța unei eficacități sporite și prin diminuarea

efectelor secundare. Până acum studiile cu moclobemide sunt promițătoare dar ele ar trebui replicate în studii de amploare.

Diverse rapoarte clinice și studii deschise au atras atenția asupra **SSRI**, entuziasmul inițial fiind moderat de efectele secundare. Până în prezent un singur membru al clasei, paroxetina, și-a dovedit indubitabil eficacitatea în fobia socială. La sfârșitul lui 1998 o echipă coordonată de Murray Stein a publicat rezultatele unui studiu multicentric, dublu-orb, randomizat cu grup control. Studiul care s-a desfășurat în 14 orașe nord-americane a inclus 187 de subiecți cu un diagnostic DSM-IV de fobie socială. Studiul a durat 12 săptămâni și a demonstrat o ameliorare semnificativă comparativ cu placebo. S-au înregistrat puține efecte adverse și de intensitate redusă ceea ce explică o complianță bună la tratament.

B. Psihoterapia

Spre deosebire de farmacoterapie, în psihoterapie o singură metodă și-a dovedit eficacitatea, cea comportamental-cognitivă. Au fost încercate mai multe abordări. Cea dintâi, desensibilizarea sistematică propusă de Wolpe implica parcurgerea a trei faze: deprinderea unei tehnici de relaxare, construirea unei ierarhii de situații anxiogene și apoi desensibilizarea propriu-zisă. Metoda a căzut în desuetudine după ce Marks a reformulat conceptul de fobie socială și a demonstrat importanța fundamentală a expunerii în rezolvarea problematicii anxioase. Diverse studii au sugerat că expunerea are un efect mai redus decât s-a părut inițial. Stopa și Clark (Stopa și Clark, 1993) susțin că fobicul este mai preocupat de propriile evaluări negative despre sine decât de ale altora și deci expunerea singură nu poate duce la modificarea gândurilor auto-depreciative. Ūst a propus însușirea tehnicilor de relaxare pentru ca fobicul să dispună de un mijloc de a face față eficient atunci când este expus situației anxiogene. Pacienții sunt învățați să recunoască precoce semnele somatice ale anxietății și să aplice tehnicile învățate înainte ca întregul

tablou simptomatologic să se instaleze. Prin exercițiu subiectul ajunge să se relaxeze în 20-30 de secunde. Ultima etapă a tratamentului constă în menținerea stării de relaxare în cursul expunerii în vivo. Rezultatele au fost controversate.

Multă vreme s-a considerat că fobia socială era consecința unui deficit în abilitățile sociale. Unele studii afirmă că deficitul ar apărea doar la subiecții cu personalitate evitantă. Competența socială implică în mare trei aspecte principale: abilități expresive, receptive și conversaționale. Primele reunesc comportamente verbale (formă, conținut, structură, număr de cuvinte etc.), comportamente paraverbale (voce, ton, fluentă) și comportamente nonverbale (contact vizual, mimică, pantomimă, distanță, ș.a.). Abilitățile receptive se referă la atenție, exprimarea empatiei, perceperea emoțiilor, etc. Abilitățile conversaționale descriu capacitatea de a iniția, menține și încheia un schimb verbal. Au fost realizate și testate programe de însușire a abilităților sociale în diverse situații: negocierea unui conflict, exprimarea sau acceptarea unui compliment, a spune nu, etc. Tehnicile erau prezentate de terapeuți și apoi prin modelare, repetiție comportamentală și joc de rol însușite de pacienți. Metoda pare să fi dat rezultate mai ales cu cei ale căror abilități sociale erau în mod real deficitare și nu doar auto-devaluate de subiect și în măsura în care pacienții le exersau în situațiile cotidiene. Este greu de apreciat care este componenta careia i se datorează ameliorarea: însușirea abilităților sau expunerea.

În prezent au fost realizate programe complexe de reabilitare a pacienților fobici asociind expunerea în vitro și în vivo cu restructurarea cognitivă. TCC poate fi aplicată individual sau în grup. Grupul oferă avantajul unui loc relativ securizant în care comportamentele asertive pot fi testate înainte de a fi practicate într-un context social natural; studiile comparative arată o eficacitate similară dacă tehnicile sunt aplicate individual sau în grup. După o analiză funcțională temeinică în care s-au folosit și instrumente de evaluare

și după ce subiectul a fost deprins să se monitorizeze și să se auto-evalueze, i se prezintă paradigma cognitivă într-un limbaj accesibil care să îi permită să formuleze o ipoteză asupra propriului caz. Această ipoteză va fi verificată în cadrul a ceea ce Beck numește «the collaborative empiricism» și apoi supusă testului realității. După ce subiectul se obișnuiește să repereze gândurile disfuncționale spontane și erorile logice, va fi incitat să participe la punerea în scenă a situațiilor cu care s-a confruntat în cursul săptămânii precedente sau care i se par că interferă în maniera cea mai disruptivă cu viața sa zilnică. În cursul acestor expuneri în vitro pacientul identifică cognițiunile disfuncționale. Restructurarea cognitivă permite dezvoltarea de alternative mai puțin maladaptative. Urmează verificarea aderenței la noile cogniții care se realizează prin expunere în vivo. În ședința următoare sunt abordate dificultățile întâmpinate de pacient în reproducerea comportamentului însușit. Periodic sunt administrate scalele folosite pentru stabilirea liniei de bază. Mărimea ideală a grupului este de șase membri; ședințele în număr de 10-12 sunt săptămânale și durează 2-2 ½ ore.

Mai multe studii au evidențiat eficacitatea metodei și faptul că ameliorarea simptomatologică se menține și la cinci ani după tratament.

Problema alegerii tratamentului rămâne controversată. Există pacienți care refuză medicamente sau căroro starea somatică nu le îngăduie să le folosească, pentru aceștia singura soluție o reprezintă psihoterapia. Alți pacienți nu pot sau nu doresc să se implice într-o relație atât de particulară ca cea care se creează de-a lungul unei psihoterapii și deci vor putea beneficia doar de un tratament farmacologic. Asocierea celor două tipuri de intervenții este justificată în lumina studiilor care par să arate că medicamentele aduc un beneficiu rapid, în timp ce efectul psihoterapiei se instalează mai lent dar contribuie la evitarea recăderilor (Dick, 1996).

CONCLUZII

Fobia socială este paradigmatică pentru evoluția impresionantă a psihiatriei în ultimele decenii: o simptomatologie ignorată căreia i se dă un nume în anii '70 și căreia într-un timp foarte scurt i se descriu răspândirea, etiologia, subtipurile, comorbiditatea, evoluția, tratamentul. Rapiditatea cu care toate acestea s-au petrecut sub ochii noștri explică poate reticența care face ca puțini dintre pacienții care solicită îngrijiri să fie evaluați și din acest punct de vedere. Este de așteptat ca anii ce vin să clarifice multe dintre întrebările care persistă privind genetica, biochimia și comorbiditatea fobiei sociale.

BIBLIOGRAFIE

1. Casper, J.L.: Biographie d'une idée fixe. Arch. Neurol. 1902, 8, 270-287.
2. Davidson, J.R.T., Hughes, D.C., George, L.K., Blazer, D.G.: *The Boundary of Social Phobia*. Arch.Gen.Psychiatry, 1996, 51, 12, 975-983.
3. Dick, R. van: *Non-drug Treatment for Social Phobia*. Int. Clin. Psychopharmacology, 1996, 11 (suppl. 3), 65-70.
4. Hinton IV, L., Kleinman, A.: Cultural issues and international psychiatric diagnosis: Int. Rev.Psychiatry, 1993, 1, 111-129.
5. Heimberg, R.G., Holt, C.S., Schneier, F.R., Spitzer, R.L., Liebowitz, M.R.: *The Issue of Subtypes in the Diagnosis of Social Phobia*. J. Anx. Disorders, 1993, 7, 249-269.
6. Heimberg, R.G.: *Social Phobia, Avoidant Personality Disorder and the Multiaxial Conceptualization of Interpersonal Anxiety*. În ed. Salkovskis, P.M.: *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*. Wiley, 1996, 43-61.
7. Janet, P.: *Les obsesions et la psychasténie*. 1903, Alcan, Paris.

8. Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., Eaves, J.L.: *The Genetic Epidemiology of Phobias in Women: the Interrelations of Agoraphobia, Social Phobia, Situational Phobia, and Simple Phobia*. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, 49, 273-281.
9. Leary, M.R., Britt, T.W., Cutlip II, W.D., Templeton, J.L.: *Social Blushing*. Psychol. Bull. 1992, 112, 3, 446-460.
10. Manuzza, S., Schneier, F.R., Chapman, T.F., Liebowitz, M.R., Klein, D.F., Fyer, A.J.: *Generalized Social Phobia: Reliability and Validity*. Arch.Gen.psychiatry, 1995, 52, 230-237.
11. Marks, I.M.: *Fears, Phobias, and Rituals. Panic, Anxiety, and Their Disorders*. 1987, Oxford University Press, New York, Oxford.
12. Marks, I.M.: *Advances in Behavioral-Cognitive Therapy of Social Phobia*. J.Clin.Psychiatry, 1992, 56 (suppl.5), 25-31.
13. Monte, C.F.: *Beneath the Mask. An Introduction to Theories of Personality*. 1991, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers. Philadelphia.
14. Montgomery, S.A., Bakish, D., Buller, R., Gjerris, A., Katschnig, H., Lecrubier, Y., Lépine, J.-P., Mauri, M., Cameron, A., Cassano, A., Costa e Silva, J., den Boer, J.A., Freeman, C., von Knorring, L., Loo, H., Nutt, D., Rosenberg, R.: *ECNP Position Paper on Social Phobia*. European Neuropsychopharmacology, 1996, 6, 77-83.
15. Myerson, A.: *The Social Anxiety Neurosis-its Possible Relationship to Schizophrenia*. Am.J.Psychiatry, 1944, 101, 149-156.
16. Pélișolo, A., Lépine, J.-P.: *Les phobies sociales: perspectives historiques et conceptuelles*. L'Encéphale, 1995, XXI, 15-24.
17. Stopa, L., Clark, D.M.: *Cognitive Processes in Social Phobia*. Behav.Res.Ther. 1993, 31, 3, 255-267.
18. Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R., Weissman, M.M.: *Social Phobia. Comorbidity and Morbidity in an Epidemiologic Sample*. Arch.Gen.Psychiatry, 1992, 49, 4, 282-288.

19. Stein, M.B., Walker, J.R., Forde, D.R.: *Setting Diagnostic Thresholds for Social Phobia: Considerations from a Community Survey of Social Anxiety*. Am.J.Psychiatry, 1994, 151, 3, 408-412.
20. Stein, M.B., Walker, J.R., Forde, D.R.: *Public-Speaking Fears in a Community Sample*. Arch.Gen. Psychiatry, 1996, 53, 2, 169-174.
21. Takahashi, T.: *Social Phobia Syndrome in Japan*. Compr. Psy, 1989, 30, 1, 45-52.
22. Teodorescu, R., Andreescu, C.: *Asocieri medicamentoase într-un spital psihiatric din București*. Comunicare prezentată la Congresul Mondial de Psihiatrie, Madrid, 1996.
23. Torgersen, S.: *Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders in Twin Pairs*. Am.J. Psychiatry, 1990, 147, 633-638.
24. Wacker, H.R., Müllejans, R., Klein, K.H., Battegay, R.: *Identification of Cases of Anxiety Disorders and Affective Disorders in the Community According to ICD-10 and DSM-III-R by Using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Int.J.Methods Psychiatry Res., 1992, 2, 91-100.