

Anna Potoczek

W POSZUKIWANIU JĘZYKA DOSKONAŁEGO. UWAGI O FOBII SPOŁECZNEJ.

IN SEARCH OF PERFECT LANGUAGE. REMARKS ON SOCIAL PHOBIA

Katedra Psychiatrii CM UJ
Kierownik: prof. dr hab. Jacek Bomba

Esej dotyczy etiologii, przebiegu i problemów osobowości pacjentów cierpiących z powodu fobii społecznej, a także wynikających z nich trudności w psychoterapii tych pacjentów.

social phobia

Summary: The essay describes the ethiology, course of illness and personality problems of patients with social phobia, as well as difficulties in their psychotherapeutic treatment.

Bardzo dobrze pamiętam pierwszą pacjentkę, u której rozpoznałam fobię społeczną i leczyłam ją z tego powodu przez kilka miesięcy. Nasze spotkanie było przypadkowe. Przyszła do mnie bez skierowania, jako do lekarza dyżurnego Kliniki Psychiatrycznej w Krakowie, z powodu silnego stanu napięcia, którego nie mogła znieść. Nie był to jednak atak paniki, a raczej głęboka, zabarwiona silnym lękiem rozpacz z powodu przekonania, że jej życie zostało przez nią samą zmarnowane, a ona nie potrafi i w żaden sposób nie może go naprawić. Była wtedy uczennicą pierwszej klasy pomaturalnej szkoły pielęgniarstwa. Dokonała wyboru tej właśnie szkoły z bardzo określonego powodu – za wszelką cenę chciała „walczyć ze swoim charakterem”, jak to ujęła. Z powodu „problemów z charakterem” cierpiała już od wczesnego dzieciństwa – była nadmiernie nieśmiała, zwłaszcza wobec osób spoza najbliższej rodziny, stale miała wrażenie, że jest niezręczna, niezgrabna, czuła skrępowanie skłonnością do rumienienia się w błahych sytuacjach, przeżywała katusze odpowiadając podczas lekcji przy tablicy, trudno jej było utrzymać nawet bardzo luźny kontakt z innymi ludźmi, tak rówieśnikami, jak i dorosłymi, nawet jeśli spotykała ją zachęta z ich strony. Miała natomiast bardzo nieliczne wybrane „bliskie” osoby, wobec których była nadmiernie zaborcza, gadatliwa, wymagała od nich stałej uwagi, a gdy jej nie otrzymywała w „dostatecznym stopniu”, potrafiła się na nie obrażać, sprzeczać, czynić gorzkie wyrzuty i to zachowanie uważała za naturalne. „Należała” przecież do nich całkowicie i stanowczo wymagała wzajemności. Sądziła, że w naturalny sposób osoby te są zobowiązane do tego, by „należeć” do niej. Taki był jej stosunek zwłaszcza do matki, a także do jednej z nauczycielek, która nakłaniała ją do pracy nad sobą i zmiany dotychczasowego sposobu reagowania i postępowania. To za jej radą, ale także kierując się wła-

snym pragnieniem „próby charakteru”, zdecydowała się na wybór szkoły pielęgniarstwa. Wymagania stawiane przez szkołę, a zwłaszcza kontakt z chorymi, który to ona — a nie chorzy — miała inicjować, przerósł jej możliwości. Nie była w stanie chodzić na zajęcia, ale też nie potrafiła zająć się czymkolwiek innym, a nawet spać. Nie miała przyjaciółek ani chłopca. Sądziła, że nawet bliskie osoby nie mogą jej w pełni zrozumieć, a ich jedyną reakcją na jej skargi (które tylko do nich adresowała) jest narastające zniecierpliwienie. Przyszła więc do Kliniki Psychiatrycznej z nieokreśloną nadzieją na pomoc i zastała tam mnie. Nasze spotkania terapeutyczne przetrwały kilka miesięcy i zakończyły się równie przypadkowo, jak się rozpoczęły. Z niezależnych powodów nie mogłam przyjść na spotkanie, ale zostawiłam jej na drzwiach mojego gabinetu informację, że może zostać przyjęta przez innego lekarza dyżurnego, który został o tym uprzedzony. Nigdy do niego nie dotarła i nigdy więcej nie spotkała się ze mną ani też nie zadzwoniła, by się pożegnać, albo powiedzieć, co się z nią dzieje. Być może uznała, że ja także uważam ją za osobę sprawiającą same kłopoty, niezdarną, śmieszna, niewartą uwagi i zainteresowania.

Później wielokrotnie przeżywałam podobne zakończenie terapii — pacjenci z fobią społeczną ginęli bez uprzedzenia i śladu, nie tłumacząc, dlaczego, prawdopodobnie dotknięci albo zrażeni czymś, czego ja sama nie zauważyłam. Jeszcze później, gdy znacznie poszerzyłam swój repertuar terapeutyczny, włączając do niego także innych terapeutów, zwłaszcza działających poprzez sztukę, byłam świadkiem, jak oni również byli w ten charakterystyczny sposób „porzucani” przez naszych pacjentów z tym rozpoznaniem. Analizując przebieg terapii, jej okoliczności zewnętrzne i wewnętrzne, zapożyczyłam od Ludwiga Wittgensteina [1] jego symboliczne pojęcie „języka doskonałego”, wyrażającego świat w sposób idealny, języka, który w rzeczywistości istnieć nie może. Metafora, w której pacjenci z fobią społeczną pielgrzymują przez życie w poszukiwaniu tego języka (a raczej doskonałego, idealnego kontaktu z innymi), nie jest być może metaforą najlepszą, ale wydaje się na tyle dobra, by unieść wysiłek podążania za nimi. Wysiłek tym większy, że ci uparci, obsesyjni pielgrzymi są od terapeutów szybsi i mają zwyczaj zniknąć w nieznanym gęstwinie w nadziei, że idą na skróty — a potem trudno nam ich odnaleźć i nie wiemy nawet, czy znaleźli dla siebie bardziej satysfakcjonującą drogę czy też nie.

Pierwsze precyzyjne opisy i definicje fobii społecznej pochodzą z początku dwudziestego wieku. Nawet poważne podręczniki poświęcone zaburzeniom lękowym za ich autora podają Janeta [za: 2], ale wiele wskazuje, że Janet raczej korzystał z badań swego mniej sławnego kolegi — Paula Hartenberga, francuskiego psychiatry urodzonego w roku 1871, a zmarłego w 1949, który w 1901 roku opublikował pracę *Les timides et la timidite*, zawierającą opis i koncepcję psychopatologii fobii społecznej, bardzo podobną do akceptowanych sto lat później. Jako pierwszy zwrócił uwagę na specyfikę obrazu klinicznego, w którym kluczową rolę odgrywa lęk przed blahymi i pozbawionymi rzeczywistego zagrożenia sytuacjami społecznymi, w których pacjent ma do czynienia z małą grupą (a nie z dużą, jak to się typowo dzieje, np. w zespole lęku napadowego) osób spoza najbliższego otoczenia rodzinnego. Lęk ten łączy się z poczuciem zażenowania, zawstyżenia i upokorzenia nie tylko w związku ze sposobem zachowania innych, które interpretuje jako szydercze, niezyczliwe, ale przede wszystkim — z własnym zachowaniem, które wydaje mu się śmieszne i niezręczne, a także z własnymi reakcjami, zwłaszcza wegetatywnymi, takimi jak czerwienienie się, drżenie rąk, pocenie się, jękanie. Lęk przed innymi (i przed

samym sobą) prowadzi do narastania zachowań unikających i w konsekwencji do izolacji społecznej, często kompletnej i trwającej przez większość życia. W rozumieniu mechanizmu funkcjonowania osób z fobią społeczną, jak również w propozycjach ich leczenia, Hartenberg był prekursorem koncepcji poznawczo-behawioralnych. Zwracał uwagę na nieadekwatny sposób oceny sytuacji społecznych przez tych pacjentów i udowodnił, że długotrwałe, systematyczne eksperymenty behawioralne, odpowiadające o wiele później opracowanym technikom „zanurzania”, przynajmniej do pewnego stopnia pozytywnie korygują ich emocje i sposób bycia.

Prawdziwe naukowe zainteresowanie fenomenem fobii społecznej rozpoczęło się w latach sześćdziesiątych i zaowocowało wprowadzeniem tego pojęcia jako osobnej kategorii diagnostycznej do DSM-III w roku 1980 [3]. Zwłaszcza w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych przeprowadzono wiele dużych badań epidemiologicznych [4, 5, 6, 7, 8], które wykazały, że jest to zaburzenie występujące bardzo często — doświadczyło go w ciągu całego swego życia (lifetime prevalence) około 13% badanych w USA i do 16% badanych w Szwajcarii. Fobia społeczna plasuje się więc na trzecim miejscu, pod względem częstości występowania, spośród wszystkich znanych zaburzeń psychicznych, tuż za depresją i zespołem lęku uogólnionego! A że jest to zaburzenie przewlekłe i w znacznym stopniu inwalidyzujące, jego rozpoznawanie i leczenie, przede wszystkim psychoterapeutyczne, nie jest kwestią błahą — a tak może się wydawać biorąc pod uwagę bardzo małą liczbę publikowanych prac na ten temat.

Z badaniami epidemiologicznymi na temat fobii społecznej wiąże się jeszcze jedna, szalenie ciekawa historia. Właśnie przy ich okazji wykazano, jak wielkie pułapki stwarza sztywne rozumienie oficjalnie przyjętych kryteriów diagnostycznych, bez uwzględnienia obowiązującego na danym terenie kontekstu kulturowego. Zagadnienie jest uniwersalne, ale w sposób wyjątkowo jaskrawy dało o sobie znać w badaniach koreańskich, tajwańskich i japońskich, w których niemal nie stwierdzono występowania fobii społecznej (0,4% dla Tajwanu), co się wydawało po prostu niezgodne z codziennymi obserwacjami samych badaczy i z ich zdrowym rozsądkiem. I istotnie tak było — zachodnie kwestionariusze [9, 10] używane do badań zupełnie nie uwzględniały wschodnioazjatyckich poglądów na istotę relacji międzyludzkich, wedle których zachowania uważane przez Zachód za objawy chorobowe są cechami dobrego i pożądanego zachowania na Wschodzie. Tylko tam opisywany jest zespół zachowań zwany TKS („taijin kyofusho” albo „lęk przed znalezieniem się twarzą w twarz z innymi ludźmi”), a częsty jest także, nieakceptowany jeszcze przez klasyfikacje psychiatryczne, zespół dysmorficzny (body dysmorphic disorder) [11], który polega na poczuciu, że własne i nieuchronne reakcje fizjologiczne, takie jak np. pocenie się, są źródłem odrażających wrażeń dla innych ludzi, że ciało śmierdzi, jest brzydkie itp. Ponieważ rozpoznanie zaburzeń lękowych jest do pewnego przynajmniej stopnia kwestią interpretacji, nadal nie wiadomo, jak często występują one w innych kulturach — i fakt ten potwierdza poważna literatura przedmiotu [12].

Trafną ilustrację tego problemu daje czasem literatura niepsychiatryczna. Jeśli chodzi o fobię społeczną i niejednoznaczność kulturowego rozumienia jej objawów, za wyjątkową uważam autobiograficzną relację młodej francuskiej pisarki Amelie Nothomb, dotyczącą jej pracy w Japonii, opatrzoną znamienym tytułem *Z pokorą i uniżeniem* [13]. Amelie, urodzona i wychowana w Japonii, ale żyjąca tam w środowisku europejskim, po studiach

w Europie postanowiła wrócić do Tokio i pracować w tradycyjnej firmie japońskiej. Wydawało się, że nie ma po temu żadnych przeszkód – znała język japoński, obyczaje, a także zdała trudny egzamin konkursowy. Została zatrudniona na stanowisku doradcy do spraw europejskich. Jednak wkrótce spotkały ją kłopoty – przełożeni uznali, że jej zachowanie jest za mało „pokorne”, zbyt odważnie zabiera głos, patrzy rozmówcy w oczy, traktuje innych zbyt partnersko itp. By ją nauczyć „właściwego” stosunku do ludzi, zmieniono jej obowiązki, zresztą przy zachowaniu poprzedniej pensji – początkowo obsługiwała kserokopiarke, a następnie wyznaczono jej funkcję babci klozetowej w ubikacji obok biura. Koledzy z pracy przyjęli jej upokorzenie jako naturalne, choć też z rodzajem współczucia, które manifestowało się korzystaniem z innych ubikacji. Amelie postanowiła się nie poddawać i kilka miesięcy spędziła pilnując pustego klozetu i pocieszając się ładnym widokiem przez okno oraz mnóstwem czasu na czytanie. Po tym okresie zaproponowano jej przedłużenie kontraktu i powrót na stanowisko doradcy, z czego jednak nie skorzystała. Być może, gdyby cierpiała z powodu umiarkowanej fobii społecznej, ta niemiła przyгода została by jej oszczędzona.

Trzeba mocno podkreślić, że żadne normy kulturowe nie mogą w pełni tłumaczyć wszystkich objawów ciężkiej postaci fobii społecznej, nazywanej także uogólnioną. W przeciwieństwie do postaci wybiórczej (nieuogólnionej), która ogranicza się tylko do niektórych czynności i sytuacji (np. trema przed występowaniem publicznie), postać uogólniona obejmuje wszystkie kontakty z ludźmi spoza najbliższego kręgu i prowadzi do głębokiej inwalidyzacji pacjenta. Niektórzy autorzy [14] twierdzą nawet, że chodzi tu o dwa odrębne schorzenia. I tak – postać wybiórcza jest według nich kontinuum nieśmiałości, czy też wyrazem zaburzeń osobowości typu unikającego, rozpoczyna się dopiero w okresie adolescencji, rzadziej współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi, a także dość dobrze rokuje. Natomiast postać uogólniona rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie, znacząco często występuje rodzinnie (10 razy częściej niż wybiórcza), zazwyczaj współwystępuje z innymi zaburzeniami, zwłaszcza z zespołem natręctw, depresją i nadużywaniem substancji, w ciągu życia nasila się, a nie łagodnieje, i nawet gdy pacjent jest leczony — rokowanie jest niekorzystne.

Jak można się spodziewać po samej naturze choroby, pacjenci na nią cierpiący niechętnie zgłaszają się do terapii, niezależnie od jej formy. Wyniki uzyskane w National Comorbidity Survey [7] wskazują, że tylko 13-28% chorych szukało jakiegokolwiek pomocy psychiatrycznej i psychologicznej. Literatura przedmiotu rekomenduje terapię kompleksową, łączącą farmakoterapię lekami przeciwdepresyjnymi nowej generacji i psychoterapię poznawczo-behawioralną. Nie udało mi się znaleźć żadnych danych na temat leczenia takich pacjentów innymi metodami psychoterapii, co, rzecz jasna, nie znaczy, że nie są one stosowane. Opisy grup w tekstach naukowych poświęconych psychoterapii fobii społecznej [15, 16, 17] wskazują, że właściwie nie ma w nich pacjentów z ciężką postacią uogólnioną. Jest to zrozumiałe, zważywszy, że pacjenci tacy mogą nawet nie podejmować jakiegokolwiek kontaktu słownego z osobami obcymi. Ja sama prowadziłam tylko jednego pacjenta z bardzo ciężką postacią fobii społecznej, na którą cierpiał przez całe swoje życie. Bardzo skomplikowana, mieszana terapia lekami i metodami poznawczo-systemowymi trwała dwa lata i choć przez ten czas obserwowałam znaczną poprawę jego funkcjonowania, to jednak nigdy się do mnie nie odezwał nawet jednym słowem. Nie był to więc

pacjent, którego można było leczyć psychoanalizą, a szkoda, bo nierozwiązane problemy związane z seksualnością na pewno mają znaczenie w dynamice tego zespołu – takie też było podejście Freuda do tego tematu. Aczkolwiek nigdy nie udało mi się porozmawiać ze wspomnianym pacjentem wprost i dowiedzieć się od niego samego czegokolwiek, obserwując jego reakcje w różnych sytuacjach doszłam do przekonania, że nie wie on zupełnie nic o sprawach związanych z płcią, na przykład tego, że dzieci rodzą się w wyniku ciąży, a nie są przynieszone przez bociany. Nie wiedział również, że wydatny brzuch niektórych kobiet, które widywał na ulicy, jest objawem ciąży, a nie nadmiernego apetytu. Równocześnie ten pacjent przez całe życie, do wieku 22 lat, sypiał z rodzicami w jednym pokoju, choć w osobnym łóżku. Mogłabym mnożyć te obserwacje, ale jest to zbędne, bo opisałam już historię jego choroby i terapii w innym miejscu. Wspominam o nim, bo był niezwykle rzadkim przypadkiem, również w tym sensie, że pomimo charakteru i ciężkości swoich objawów wyraził zgodę na leczenie i — mimo kompletnego milczenia — jednak w nim uczestniczył.

Pacjenci z mniej nasilonymi objawami fobii społecznej, nawiązujący kontakt słowny z terapeutą i gotowi do spełnienia wymogów terapii, trafiają do niej zazwyczaj w charakterystycznej sytuacji. Ta sytuacja to życiowe trzęsienie ziemi, które sami wywołali, chcą za wszelką cenę wykazać swoją odwagę. Bo można powiedzieć, że w pacjentach tych istnieją dwa bieguny — dominuje biegun nieśmiałości, ale stale obecny i czasem wysuwający się na czoło jest także biegun szalonej, nie zważającej na nic odwagi – na ten fenomen zwracał uwagę już Hartenburg. Nie jest też chyba przypadkiem, że literatura i dziennikarstwo, zwłaszcza wojenne, pełne jest opisów wyjątkowo odważnych dokonań ludzi uważanych za skrajnie nieśmiały i społecznie niewydolnych. Lecz tym, co w takich dokonaniach jest szczególnie i nie stanowi sprzeczności z głównymi objawami fobii społecznej to wektor, który w istocie omija bliskie kontakty międzyludzkie. Odwaga tych osób jest niemal bezosobowa. Na przykład, jeden z moich pacjentów, by, jak to sam określił, „sprawdzić swój charakter”, wstąpił w połowie lat siedemdziesiątych na ochotnika do Ludowego Wojska Polskiego z zamiarem reformowania go od wewnątrz swoją postawą moralną. Po przydzieleniu do jednostki zaczął tłumaczyć co brutalniejszym żołnierzom i oficerom, że ich zachowanie jest niegodne noszonego przez nich munduru, że powinni inaczej rozumieć godność człowieka itp. Przełożeni byli jego zachowaniem i poglądami tak zdumieni, że czym prędzej wysłali go do wojskowego psychiatry. Wtedy jednak odwaga nagle pacjenta opuściła i nie zdobył się na odpowiedź na żadne z pytań zadanych mu podczas badania. W konsekwencji rozpoznano schizofrenię i został zwolniony z wojska w trybie natychmiastowym. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa na schizofrenię nigdy chory nie był.

Ten często spotykany w relacjach pacjentów z fobią społeczną i jakże szczególny rodzaj odwagi wydaje się czymś więcej aniżeli tylko wyrazem hiperkompensacji. Być może jest on związany z wątkami obsesyjnymi w ich myśleniu, nawet jeśli oni sami nie zdradzają żadnych objawów zespołu natręctw, ani wyraźnych cech osobowości anankastycznej. Prawie zawsze mają jednak skłonność do uporczywego dążenia do względnie jasno sprecyzowanej doskonałości, która stawia takie wymagania, że prawie nigdy nie udaje się im sprostać. Nie jest więc dokładnie tak, że uważają się za mało wartościowych, niezręcznych i śmiesznych w sensie ogólnym i w konfrontacji z innymi, ale także, a może nawet przede wszystkim — w świetle własnych definicji tego, czym powinien być kontakt z drugim

człowiekiem, relacja, miłość, uczciwość, sukces itp. Równocześnie przez cały czas towarzyszy im poczucie dotkliwego braku i niespełnienia tego, co uważają za właściwe, czy też „doskonałe”. W tym sensie chorzy na fobię społeczną są głęboko empatyczni, a nie autystyczni, przewrażliwieni w sprawach związanych z relacją, wiecznie jej spragnieni i nienasyчени. Na swój sposób są poetami marzeń o głębokim związku z drugim człowiekiem, związku, którego nie są w stanie stworzyć, a jeśli stworzą — nie spełnia on ich oczekiwań. Samotna, gorzka frustracja, jakiej ich pragnienia doznają jakby same w sobie, nie daje im jednak dość siły, by zdobyli się na autokorektę. Gdy się ich obserwuje i słucha dostatecznie długo, przychodzi zresztą na myśl, że taka teoretyczna korekta po prostu nie jest możliwa. I nie chodzi tu o powierzchowny repertuar zachowań społecznych, ani trening, który pozwoli mówić publicznie bez rumieńca. Rzecz raczej w tym, że wymagania, jakie stawiają swoim własnym i, co gorsza, także cudzym emocjom i wzajemności w relacji są tak wysublimowane i zarazem tak surowe, że próba ich konfrontacji z przeciętną rzeczywistością musi zakończyć się fiaskiem i swojego rodzaju samozniszczeniem. Patrząc z takiej „nieterapeutycznej”, lecz fenomenologicznej, perspektywy, można dojść do wniosku, że „zewnątrzne” objawy fobii społecznej mają funkcję obronną i skutecznie chronią chorych przed utratą wartości dla nich najcenniejszych, samej istoty ideału. A zatem to, co widzimy z zewnątrz jako objawy fobii społecznej, jest w istocie obwarowaną i pozbawioną bramy twierdzą, kryjącą w sobie skarby nie do zdobycia.

Jeśli istnieje jakiś dowód na prawdziwość tej hipotezy wewnętrznego konfliktu trwającego osoby cierpiące z powodu fobii społecznej, to może nim być osobliwa prawidłowość ich funkcjonowania w środowisku, które uznają za bezpieczne. Zazwyczaj jest nim bardzo wąska generacyjna grupa rodzinna albo środowiskowa, w której funkcjonują one diametralnie inaczej niż w każdym innym miejscu, natomiast rzadko udaje się im stworzyć własną udaną rodzinę. Zarówno dostępna mi literatura psychiatryczna, jak i moje własne doświadczenie kliniczne są pod tym względem zgodne [18, 19]. Nie jest więc prawdą, że osoby takie wykazują trwałe i stabilne deficyty społeczne, jakie występują na porządku dziennym na przykład u pacjentów schizofrenicznych. Wprost przeciwnie, bliscy podkreślają, że bez trudu, a nawet z łatwością potrafią być swobodni, rozmowni, nawet dowcipni i pełni uroku, ale także zazdrośni, zaborczy, kontrolujący i despotyczni. Skupiają na sobie uwagę bliskich, chcą być w jej centrum, są oddani, lecz równocześnie wymagają lojalności i oddania, bardzo źle znoszą jakąkolwiek „zdradę” zaufania, które pokładają w innych osobach, i reagują na nią konsekwentną i raniącą postawą bierno-agresywną. Ich miejsce w rodzinie nierzadko jest dominujące, wymagania bliskie tyranii, a emocjonalne relacje z bliskimi bardzo silne i ambiwalentne.

Innym jeszcze zagadnieniem, trudnym i ryzykownym diagnostycznie, jest fobia społeczna maskowana [20] (Hartenburg również o niej wspomina). Praktycznie nie jest ona rozpoznawana, ponieważ osoby, które na nią cierpią, sprawnie — choć bardzo powierzchownie funkcjonują społecznie, a jeśli podejmują leczenie, to raczej z powodu problemów wtórnych, takich jak uzależnienia, depresja, zaburzenia seksualne. Osoby takie często dochodzą do wysokiej pozycji społecznej i zawodowej. Są w stanie utrzymać ją dzięki wypracowaniu dość sztywnego repertuaru zachowań, które jednak nie satysfakcjonują ich samych emocjonalnie. Intensywna aktywność maskuje ich rzeczywiste osamotnienie, którego wyrazem jest brak partnerskich związków, rozmaite poważne trudności seksualne,

dążenie do osiągnięcia władzy, która zapewnia im ochronę, przedmiotowe i nacechowane dystansem traktowanie osób od nich zależnych, a także permanentnie utrzymujące się poczucie uczuciowego niespełnienia, przy silnej tęsknocie za uczuciami. Jak widać odróżnienie fobii społecznej maskowanej od zaburzeń osobowości może być trudne. Za cechę wyróżniającą można uważać silną, utrzymującą się długotrwale niechęć do kontaktów z ludźmi spoza wybranego grona, pomimo wyboru drogi, która na takie kontakty skazuje, unikanie ludzi niemal za wszelką cenę, trudności w utrzymaniu dłuższego kontaktu wzrokowego (np. zajmowanie się komputerem w trakcie spotkań zawodowych) i inne, które sugerują lęk społeczny.

Jeśli osoby te poszukują języka doskonałego, budowanie go jest pracą Syzyfa, choć one same należą do najbardziej fascynujących, ale także najtrudniejszych do rozwiązania, zagadek psychoterapii.

Piśmiennictwo

1. Wittgenstein L. Dociekania filozoficzne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.
2. Fairbrother N. The treatment of social phobia – 100 years ago. *Beh. Res. Ther.* 2002; 40: 1291–1304.
3. Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1980.
4. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Arch. Gen. Psychiatry* 1981; 36: 381–389.
5. Heckelman LR, Schneider FR. Diagnostic issues. W: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneider FR, red. *Social phobia: diagnostics, assessment and treatment*. New York: Guilford Press; 1995, s. 3–20.
6. Wittchen HU, Stein M, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors, and comorbidity. *Psychol. Med.* 1999; 29: 309–323.
7. Chapman TF, Manuzza S, Fryer AJ. Epidemiology and family studies of social phobia. W: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneider FR. *Social phobia: diagnostic, assessment and treatment*. New York: Guilford Press; 1995, s. 21–40.
8. Davidson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area Study. *Psychol. Med.*, 1993; 23: 709–718.
9. Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Genewa: WHO; 1990.
10. Wacker HR, Mullejans R, Klein KH, Battegay R. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int. J. Meth. Psychiatry Res.* 2: 91–100.
11. Takahashi T. Social phobia syndrome in Japan. *Compr. Psychiatry* 1999; 30: 45–50.
12. Van Velzen CJN. Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: differences in psychopathology, personality traits and social and occupational functioning. *J. Anx. Dis.* 2000; 14: 395–411.
13. Nothomb A. *Z pokorą i uniżeniem*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA S.A.; 2000.
14. Heiser NA, Turner SM, Beidel DC. Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Beh. Res. Ther.* 2003; 41: 209–221.
15. Heimberg R.G., Juster H.: Cognitive-behavioral treatments: literature review. W: Heimberg RG, Liebowitz M, Hope D, Schneider FR, red. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press; 1995, s. 261–309.
16. Hofmann SG. Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 2004; 72: 393–399.
17. Federoff IC, Taylor S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2001; 21: 311–324.
18. Reich J, Yated W. Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Compreh. Psychiatry* 1988; 29: 72–75.

19. Stein M, Chartier M, Hazen A, Kozak M, Tancer M, Lander S, Furer P, Chubaty D, Walker J. A direct-interview family study of generalized social phobia. *Am. J. Psychiatry* 1998; 155: 90–97.
20. Hirsch CR, Clark DM, Mathews A, Williams R. Self-images play a causal role in social phobia. *Beh. Res. Ther.* 2003; 41: 909–921.

Adres: Katedra Psychiatrii CM UJ
ul. Kopernika 21a
31-501 Kraków