

Występowanie lęku społecznego wśród reprezentatywnej grupy młodzieży z Łodzi

The prevalence of social phobia in a representative group of adolescents from Łódź

Jolanta Rabe-Jabłońska, Anna Dietrich-Muszalska,
Agnieszka Gmitrowicz

Z II Kliniki Psychiatrycznej Katedry Psychiatrii AM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rabe-Jabłońska

Summary

Aim: Recent epidemiological studies have produced a remarkable variation in the estimated life-time prevalence of social phobia, ranking from 0.5% to 22.6%. About 95% of social phobia occurs prior to the age of 20, approximately 40% prior to the age of 10. Studies of mainly patient samples report a mean age of onset of 14.6 to 20 years.

Method: In co-operation with GUS, the year 2000 we assessed with a specially prepared questionnaire including DSM-IV criteria for social phobia and CIDI, the prevalence of specific and generalised type of social phobia in a representative group of adolescent population from Łódź. Subjects of the study (n=1929) were chosen from 36450 adolescents.

Results: We found, that generalised social phobia was present in 7% of subjects, specific subtype in 17% of subjects, more frequently in women than in men ($p<0.05$), with the same prevalence in adolescents from various type of schools. 15% of adolescents with social phobia were alcohol or psychoactive drug abusers, 5% attempted suicide.

Conclusion: Only 1/4th of adolescents with social phobia was in psychological or psychiatric therapy. Subjects with social phobia have a high risk of other comorbid psychiatric disorders and significant worsening of social functioning.

Słowa klucze: młodzież, fobia społeczna, rozpowszechnienie

Key words: adolescents, social phobia, prevalence

Z prowadzonych od lat sześćdziesiątych badań wynika, że rozpowszechnienie lęku społecznego jest zależne od cech badanej populacji (wiek, pochodzenie społeczne, wykształcenie, środowisko kulturowe) oraz stosowanych kryteriów diagnostycznych. Najczęściej uzyskane wyniki mieszczą się w szerokim przedziale od 0,4 do kilkunastu procent, a nawet do 22,6% [1, 2] – patrz tabela 1. Ostatnio publikowane dane liczbowe są coraz wyższe, co może wynikać z większej świadomości badających, zastosowania odpowiednich kryteriów rozpoznawania tego zaburzenia, a także, być może, istotnego wzrostu występowania objawów lęku społecznego, szczególnie w populacji ludzi młodych [3– 7].

Tabela 1

Częstość występowania fobii społecznej /100 badanych [2]

| Kraj | M | K | Razem |
|------------------|------|------|-------|
| USA (ECA) | 2,1 | 3,1 | 2,6 |
| Edmonton, Kanada | 1,3 | 2,1 | 1,7 |
| Puerto Rico | 0,8 | 1,1 | 1,0 |
| Korea | 0,1 | 1,0 | 0,5 |
| USA (NCS) | 11,1 | 15,5 | 13,3 |

ECA – Epidemiological Catchment Area, NCS – National Comorbidity Survey

Z badań europejskich, przeprowadzonych w ostatnim dziesięcioleciu, wynika, że zaburzenie to występuje u 9,6 do 16% populacji ogólnej. Ustalono również, że 95% fobii społecznych rozpoczyna się przed 20 rokiem życia, przy czym 40% przed 10 rokiem życia [8–11]. Większość badaczy podaje, że średni wiek pojawienia się objawów lęku społecznego zawiera się między 14 a 20 rokiem życia [8–14].

Stwierdzono, że zaburzenie to występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn, szczególnie w próbach nieklinicznych; ok. 60–70% osób z tym rozpoznaniem stanowią kobiety [5, 10]. Najczęściej też rozpoznanie to dotyczy osób z gorszym wykształceniem, z niższych klas socjoekonomicznych.

Uogólnioną fobię społeczną rozpoznajemy wówczas, gdy we wszystkich sytuacjach społecznych, poza kręgiem rodzinnym, pojawia się lęk (i wszystkie jego psychologiczne, behawioralne i autonomiczne przejawy) przed oceną innych osób, skompromito-

Tabela 2

Ryzyko wystąpienia u osób z rozpoznaniem lęku społecznego innych zaburzeń psychicznych

| Zaburzenia psychiczne | Ryzyko wystąpienia [%] |
|---|------------------------|
| Schizofrenia /zaburzenia schizofrenopodobne | 13,3 |
| Przebieg fobii | 60,8 |
| Agors fobia | 45,0 |
| Lęk ogólny | 26,9 |
| Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne | 13,6 |
| Zaburzenia paniczne | 11,6 |
| Zaburzenia związane ze stresem | 5,4 |
| Mania | 1,5 |
| Długa depresja | 14,6 |
| Uależnienie od alkoholu/nadużywanie | 17,2 |
| Próby samobójcze | 12,1 |
| Neurologiczne zaburzenia | 1,9 |
| Choroba wrodzona | 9,0 |

Na podstawie badań wykonanych wśród 123 pacjentów z rozpoznaniem fobii społecznej

waniem się, natomiast specyficzną fobię społeczną diagnozujemy wtedy, gdy wyżej wymienione objawy pojawiają się w określonych sytuacjach, np. podczas publicznego wystąpienia, jedzenia, w kontaktach z autorytetem, płcią przeciwną.

U znacznego odsetka osób z tym rozpoznaniem współistnieją inne fobie (fobia prosta, agorafobia), a także duża depresja, uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, zaburzenie paniczne, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne i zaburzenia odżywiania się [15] – patrz tabela 2.

Poważny odsetek osób z tym rozpoznaniem źle funkcjonuje społecznie, szczególnie gdy współistnieją inne zaburzenia psychiczne.

Wyniki badań genetycznych, neuroendokrynych i obrazowych o.u.n. wskazują na obecność istotnych różnic u osób z rozpoznaniem fobii społecznej, w stosunku do osób zdrowych, a także pozwalają na stwierdzenie różnic w zakresie różnych podtypów fobii społecznej (podtyp uogólniony i specyficzny). Mechanizmy odpowiedzialne za powstanie objawów tego zaburzenia są nadal niejasne, wyniki badań sugerują udział zarówno zaburzeń w układzie serotonergicznym, jak i dopaminergicznym i noradrenergicznym [16–20]. Wydaje się również, że w powstaniu objawów mają znaczenie czynniki genetyczne oraz środowiskowe [7, 9, 11, 12, 15, 16, 21–27].

Podsumowując, można powiedzieć, że pacjenci z rozpoznaniem lęku społecznego stanowią grupę osób z wysokim ryzykiem przewlekłych zaburzeń psychicznych, współistnienia innych dodatkowych zaburzeń psychicznych, z wyraźnie złym funkcjonowaniem społecznym, wymagają najczęściej wieloletniej opieki specjalistycznej, często ulegają inwalidyzacji, co powoduje wysokie koszty ekonomiczne. Wczesne wykrycie tych zaburzeń i właściwe leczenie może przynieść dobre efekty terapeutyczne, społeczne i ekonomiczne.

Cel

Celem naszym było oszacowanie częstości występowania lęku społecznego wśród młodzieży łódzkich szkół średnich i zasadniczych zawodowych oraz dodatkowo ustalenie częstości występowania wśród osób z tym zaburzeniem lękowym – zachowań samobójczych, nadużywania alkoholu i innych środków psychoaktywnych.

Materiał i metoda

W 2001 r., we współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym w Łodzi – GUS, przeprowadzono na terenie Łodzi badania ankietowe wśród wylosowanej reprezentatywnej próby młodzieży ze szkół państwowych ponadpodstawowych nad rozpoznaniem objawów lęku społecznego. W ankiecie wyszczególniono kryteria ICD-10 rozpoznawania lęku społecznego oraz pytania zawarte w CIDI – Composite International Diagnostic Interview, pozwalające na diagnozę tego zaburzenia lękowego. Nie podjęto próby uwzględnienia w reprezentatywnej próbie młodzieży nie uczącej się, ze względu na duże trudności w dotarciu do tej grupy.

Schemat losowania próby

1. Badaną zbiorowość podzielono na 3 typy: uczniowie szkół średnich ogólnokształcących, uczniowie średnich szkół zawodowych, uczniowie szkół zasadniczych zawodowych. Prawdopodobieństwo wyboru w poszczególnych typach było różne

- (patrz punkt 3).
2. Przyjęto dwustopniowy schemat losowania; w pierwszej kolejności losowano szkoły, w drugiej zastosowano losowanie zespołowe – po jednej klasie z każdego poziomu nauczania w każdej z wylosowanych szkół.
 3. Przybliżoną, docelową wielkość próby, podyktowaną możliwościami finansowymi i organizacyjnymi prowadzących badania, określono na 1600–1800 uczniów. Na podstawie przeciętnej liczby uczniów przypadających na szkołę i przeciętnej liczby klas wyznaczono liczbę szkół do wylosowania (24).
 4. W pierwszym losowaniu przyjęto liczebność próby w poszczególnych typach na podstawie zmodyfikowanej neymanowskiej alokacji optymalnej. Wobec braku informacji o wariancjach badanych zmiennych zażądano, aby precyzja wyników (mierzona relacją standardowego błędu losowego do wartości średniej) była w poszczególnych typach równa dla takich samych frakcji. Rachunek taki ma charakter przybliżony, m.in. ze względu na różną średnią liczbę uczniów w szkołach o poszczególnych profilach.
 5. Na tej podstawie ustalono następujące liczby szkół:
 - średnie szkoły ogólnokształcące – 9 (spośród 44)
 - średnie szkoły zawodowe 8 (spośród 55)
 - zasadnicze szkoły zawodowe 7 (spośród 17).
 6. Szkoły z poszczególnych profili dobierano pod względem ich wielkości.
 7. Na drugim etapie do wyboru klas zastosowano prostą próbę losową.

Opracowanie statystyczne wyników

Wyniki ankietowania

Trzy szkoły (po jednej z każdego profilu) odmówiły udziału w badaniu, tak więc ostatecznie w badaniu uczestniczyło 8 szkół ogólnokształcących, 7 zawodowych szkół średnich oraz 6 szkół zasadniczych. Odmowy udziału w ankietowaniu na drugim etapie zdarzały się jedynie sporadycznie (pojedyncze przypadki zostały zarejestrowane na formularzach). W efekcie badaniem objęto 1629 osób reprezentujących 38 450 uczniów całej populacji (21 769 w liceach, 13 074 w technikach i 3607 w zasadniczych szkołach zawodowych).

Redagowanie danych

Jakość wypełniania ankiet była na ogół wysoka, niemniej zdarzały się przypadki ominięcia niektórych pytań bądź sprzeczności logiczne. W tym drugim przypadku stosowano redagowanie ręczne (np. w sytuacji, gdy ankietowana osoba, mająca za sobą próbę samobójczą, zakreślała odpowiedź, że takiej próby nie podejmowała, przyjmowano, że ta druga odpowiedź jest pomyłką).

W pierwszym przypadku zastosowano imputację danych metodą losowego wyboru odpowiedzi spośród udzielonych przez ankietowanych odpowiadających charaktery-

stycie osoby, która danego pola nie wypełniała. W każdym przypadku do charakterystyki przyjmowano identyczne cechy demograficzne (wiek, płeć) oraz wybierano indywidualne cechy z zakresu tematu badania. Liczba imputacji dla poszczególnych pól formularza wahała się między 95 a 25, średnio – 27,3 SD 5,3.

Ocena precyzji

Ze względu na zastosowany schemat losowania (losowanie z różnymi prawdopodobieństwami wyboru) próba nie była automatycznie wyważona, a zatem proporcje występujące w niej mogą się różnić od występujących w całej populacji.

Z tego względu wszelkie wskaźniki struktury czy relacje zmiennych należało obliczać wyłącznie dla zmiennych uogólnionych na całą populację szkół średnich.

Każdorazowo przy otrzymanych wynikach oceniano precyzję (podaną w procentach). Przyjęto, że względny błąd szacunkowy przewyższający 40% oznacza niedostateczną wiarygodność oszacowań, tzn. nie odpowiadająca mu wielkość oszacowania nie powinna być analizowana (najczęściej taka sytuacja występuje, gdy liczba przypadków danego rodzaju odnotowana w próbie jest bardzo mała, tzn. dane dotyczą zjawisk występujących sporadycznie). W przypadku analizowanych danych taka sytuacja nie miała miejsca.

Wskaźniki precyzji należy interpretować w ten sposób, że najbardziej wiarygodne są te oszacowania, którym odpowiadają najniższe wskaźniki. Dla analizowanych danych wskaźniki precyzji mieściły się w przedziale: 1–15%.

Dla oceny istotności różnic zastosowano test t – Studenta.

Wyniki i ich omówienie

Należy zaznaczyć, że diagnozę ostateczną lęku społecznego stawiano jedynie na podstawie analizy danych ankietowych. Ankieta była anonimowa i nie istniała możliwość weryfikacji danych w bezpośrednim badaniu ankietowanych, spełniających kryteria tego rozpoznania.

Ustalono, że 277 badanych – 17,0%, przeżywało co najmniej od 6 miesięcy, prawie codziennie, silny lęk lub zawstydzenie podczas kontaktów z osobami obcymi – autoritetami lub płcią przeciwną, i miało wszystkie objawy, pozwalające na rozpoznanie specyficznej postaci fobii społecznej oraz, zgodnie ze swą oceną, funkcjonowało z tego powodu poniżej swoich możliwości w szkole czy w środowisku rówieśniczym.

Wszystkie objawy lęku społecznego trwające powyżej 6 miesięcy, pojawiające się w każdej sytuacji społecznej, poważnie (w ocenie własnej respondentów) zakłócające codzienne funkcjonowanie, występowały u ok. 7% badanych (istotnie statystycznie częściej u kobiet, jednakowo często u uczniów liceów i techników oraz szkół zawodowych). W sumie w okresie przeprowadzania badania objawy lęku społecznego miało aż 24,0 % badanych (patrz tabela 3).

Wskaźniki te należą do najwyższych spośród uzyskanych dotychczas w przeprowadzonych badaniach [2]. Zaskakujące jest również, że objawy występowały tak samo często u uczniów uczęszczających do szkół o wyższym, jak i niższym poziomie

Tabela 3

Częstość występowania fobii społecznej specyficznej i uogólnionej

| Podtyp fobii społecznej | L | % (MI/ D) | test chi-kwadrat |
|-------------------------|-----|--------------------|------------------|
| Specyficzna | 277 | 17,0 (26,0 / 7,0) | p<0,05 |
| Uogólniona | 115 | 7,0 (12,0 / 2,0) | p<0,05 |
| Razem: | 392 | 24,0 (38,0 / 10,0) | p<0,05 |

nauczania. Wydaje się, że przynajmniej u części badanych z rozpoznaniem fobii społecznej lęk przed oceną, publiczną prezentacją wynikał nie z braku możliwości, wiedzy, lecz prawdopodobnie z zaniżonej samooceny, niepewności, wygórowanych wymagań, tendencji ciągłego porównywania się i oczekiwania „bycia najlepszym”.

Ponad 15% tych osób systematycznie nadużywało alkoholu oraz przyjmowało psychoaktywne substancje uzależniające (marihuana, amfetamina, środki uspokajające). Trudno było ocenić, ile z nich było już uzależnionych od wspomnianych substancji.

Związki między fobią społeczną a uzależnieniem od alkoholu są znane od dawna. Uważa się, że pacjenci z tym zaburzeniem lękowym dwa razy częściej niż osoby z populacji ogólnej mają „problem alkoholowy”, a osoby z tym problemem dziewięć razy częściej niż ma to miejsce w populacji ogólnej cierpią z powodu fobii społecznej [15].

W grupie z fobią społeczną ok. 5% osób podejmowało próby samobójcze, myśli o śmierci deklarowało 28,0% badanych, prawie 10% miało krewnych, którzy zginęli śmiercią samobójczą. Stwierdzono stosunkowo wysoki odsetek osób z rozpoznaniem fobii społecznej, które podjęły próby samobójcze, w porównaniu z wynikami innych badań – patrz tabela 4.

Niestety, na podstawie uzyskanych informacji nie można było ocenić, ile z tych osób miało dodatkowo inne zaburzenia psychiczne, np. depresyjne. Tylko ok. ¼ z tej

Tabela 4

Zachowania samobójcze u osób z rozpoznaniem fobii społecznej [1]

| Zachowania samobójcze | Tylko fobia społeczna (%) | Fobia społeczna +inne diagnozy (%) |
|--|---------------------------|------------------------------------|
| Próby samobójcze | 0,9 | 15,7 |
| Powściągnięte myśli, uporczywe myśli o ocenianiu | 26,8 | 53,8 |

grupy pozostawała w kontakcie z lekarzem psychiatrą lub psychoterapeutą, co może świadczyć o słabej wiedzy na temat tego zaburzenia lękowego i możliwościach leczenia, zarówno wśród uczniów, jak i ich rodzin. Innym wyjaśnieniem jest prawdopodobne występowanie (w ocenie ankietowanych) podobnych objawów u jednego z rodziców – u ok. 15% badanych z rozpoznaniem lęku społecznego. Być może bagatelizowali oni objawy u swych dzieci. Można też snuć domysły na temat komunikacji i wiedzy na temat bliskich wśród rodzin badanych, jednak aktualnie trudno, na podstawie dotychczasowych badań, wytłumaczyć jednoznacznie to zjawisko.

Wnioski

1. Na podstawie badań ankietowych stwierdzono, że około ¼ badanych adolescentów wykazywała cechy specyficznej (17,0%) i uogólnionej fobii społecznej (7,0%).
2. Wszyscy badani z rozpoznaniem fobii społecznej, wg własnej oceny, funkcjonowali znacznie poniżej swoich możliwości.
3. Konieczna jest akcja psychoedukacyjna dotycząca rozpoznawania, przebiegu, rokowania, leczenia osób z fobią społeczną, a także bardziej szczegółowe badania uwarunkowań tak wysokiego jej rozpowszechnienia.

Diagnostyka i uogólnionej fobii społecznej u młodzieży z Łódzkiego województwa łódzkiego

Wprowadzenie

Celem badania było zbadanie występowania i uogólnionej fobii społecznej u młodzieży z Łódzkiego województwa łódzkiego. Wyniki badania wykazały, że około 17% badanych adolescentów wykazywało cechy specyficznej fobii społecznej, a około 7% uogólnionej fobii społecznej. Wyniki badania wykazały, że wszyscy badani z rozpoznaniem fobii społecznej, wg własnej oceny, funkcjonowali znacznie poniżej swoich możliwości.

W 2000 roku, w ramach projektu „Współpraca w celu poprawy jakości życia młodzieży z Łódzkiego województwa łódzkiego” (Lódzkie Centrum Pomocy Społecznej i Centrum Pomocy Społecznej) przeprowadzono badanie diagnostyczne u młodzieży z Łódzkiego województwa łódzkiego. W badaniu uczestniczyło 1629 osób w wieku 15-20 lat. Wyniki badania wykazały, że około 17% badanych adolescentów wykazywało cechy specyficznej fobii społecznej, a około 7% uogólnionej fobii społecznej.

W badaniu uczestniczyło 1629 osób w wieku 15-20 lat. Wyniki badania wykazały, że około 17% badanych adolescentów wykazywało cechy specyficznej fobii społecznej, a około 7% uogólnionej fobii społecznej. Wyniki badania wykazały, że wszyscy badani z rozpoznaniem fobii społecznej, wg własnej oceny, funkcjonowali znacznie poniżej swoich możliwości.

Wyniki badania wykazały, że wszyscy badani z rozpoznaniem fobii społecznej, wg własnej oceny, funkcjonowali znacznie poniżej swoich możliwości.

Soziale Angst unter den Vertretern der jugendlichen Gruppe aus dem Gebiet von Łódź

Zusammenfassung

Aus den Untersuchungen, die im letzten Jahrzehnt durchgeführt wurden, geht hervor, dass diese Störung bei 9.6 bis 16% der allgemeinen Population auftritt. Es wurde auch bestimmt, dass 95% der sozialen Phobien vor dem 20. Lebensjahr beginnt, wobei 40% vor dem 10. Lebensjahr. Die meisten Forscher behaupten, dass das durchschnittliche Alter für das Auftreten der Symptomen der sozialen Angst zwischen dem 14,6 und dem 20. Lebensjahr erscheint.

Im Jahre 2000 wurde mit der Zusammenarbeit mit dem Statistischen Amt eine extra für dieses Ziel vorbereitete Umfrage durchgeführt (DSM-IV und CIDI Kriterien), die zum Ziel hatte, die Verbreitung der allgemeinen und spezifischen Gestalt der sozialen Phobie unter den Vertretern der jugendlichen Gruppe aus dem Gebiet von Łódź zu beurteilen. Die untersuchte Gruppe – 1629 Personen – wurde aus 36450 Schülern gelöst.

Man stellte fest, dass die allgemeine soziale Phobie bei 7% der Untersuchten anwesend war, außerdem tritt bei 15% der Untersuchten eine spezifische Phobie auf, häufiger bei Frauen ($p < 0.05$), mit derselben Häufigkeit bei Schülern aller Schulen. 15% von ihnen mißbrauchten Alkohol und psychoaktive Mittel, 5% versuchten Selbstmord zu begehen. In der psychiatrischen oder psychologischen Behandlung war nur ¼ von ihnen.

Die Jugendlichen mit der Diagnose der sozialen Phobie leiden unter dem hohen Risiko für Entwicklung anderer begleitenden psychischen Störungen (andere Angststörungen, große Depression, Mißbrauch von Alkohol oder psychoaktiven Mitteln) und einer chronischen Ver-

schlechterung der sozialen Funktion.

La répartition de la phobie sociale dans le groupe représentatif des adolescents de Łódź

Résumé

Les recherches en question datant de 10 dernières années démontrent que la phobie sociale se manifeste chez 9,6–6% de la population. On note aussi que 95% de phobies commencent avant l'âge de 20 ans, dont 40% – avant l'âge de 10 ans. Selon ces études l'âge moyen d'apparition des symptômes des phobies est de 14,6–20 ans.

En coopérant avec GUS, en 2000 on a examiné, en profitant d'un questionnaire préparé exprès (selon DSM – IV et CIDI), la répartition de la phobie (généralisée et spécifique) dans un groupe représentatif des adolescents de la région de Łódź. Le groupe examiné compte 1629 personnes choisies de 36450 élèves.

On constate que la phobie généralisée se manifeste chez 7% de personnes examinées, la phobie spécifique – chez 15%, plus souvent chez les femmes ($p < 0.05$) et leur répartition est la même dans les écoles de divers genres. 15% des adolescents avec la phobie abusent aussi de l'alcool et des médicaments psychoactifs, 5% d'eux essaient de se suicider. Seulement $\frac{1}{4}$ des personnes examinées ont suivi la thérapie psychiatrique ou psychologie.

Les adolescents avec le diagnostic de phobie sociale ont le risque très élevé du développement d'autres troubles psychiques (anxiété, dépression, alcoolisme) et en conséquence leur fonctionnement social devient pire.

Piśmiennictwo

1. Weissman MM. *The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks, and familial patterns*. W: Tuma AH, Maser JD. red. *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hilldale, NJ: Erlbaum; 1985, s. 49–67.
2. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Lee C-K, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wickramaratne PJ. *The cross-national epidemiology of social phobia: A preliminary report*. Int. Clin. Psychopharmacol. 1996 suppl. 11; 9: 673–689.
3. Bland RC, Newman SC, Orn H. *Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton*. Acta Psychiatr. Scand. 1988 (supl.); 33: 338–341.
4. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinez R, Sesman M, Guevara LM. *The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico*. Arch. Gen. Psychiatry 1987; 44:727–732.
5. Faravelli C, Degl'Innocenti Bg, Giardinelli L. *Epidemiology of anxiety disorders in Florence*. Acta Psychiatr. Scand. 1989; 79: 308–316.
6. Hwu H-G, Yeh E-K, Chang LY. *Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule*. Acta Psychiatr. Scand. 1989; 79:136–143.
7. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. *The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 273–279.
8. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. *Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1996; 53: 159–171.
9. Montgomery SA. *Social phobia. A clinical review*. Switzerland, Basel: WPA; 2000.
10. Thyer BA, Parrish RT, Curtis GC, Nesse RM, Cameron OG. *Ages of onset of DSM-III anxiety disorders*. Compr. Psychiatry 1985; 26: 113–122.
11. Charney DS, Grillon C, Bremner JD. *The neurobiological basis of anxiety and fear: Circuits, mechanisms, and neurochemical interactions (Part I)*. Neurosc. 1998; 4: 35–41.
12. Charney DS, Grillon C, Bremner JD. *The neurobiological basis of anxiety and fear: Circuits,*

- mechanisms, and neurochemical interactions (Part II)*. Neurosc. 1998; 4: 122–127.
13. Kendler KS. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Study* Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 8–14.
 14. Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO, Lee YH. *Psychiatric epidemiology in Korea. Part II: Urban and rural differences*. J. Nerv. Ment. Dis. 1990; 178: 247–257.
 15. Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO, Lee YH. *Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul* J. Nerv. Ment. Dis. 1990; 178: 242–232.
 16. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. *Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 282–297.
 17. Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman T, Liebowitz MR, Klein DF. *A direct interview family study of social phobia*. Arch. Gen. Psychiatry 1993; 50: 308–316.
 18. Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman T, Martin LY, Klein DF. *Specificity in familial aggregation of phobic disorders*.
 19. Johnson MR, Lydiard RB. *The neurobiology of anxiety disorders*. Psychiatr. Clin. North Am. 1995; 18: 681–690.
 20. Miner CM, Davidson JR. *Biological characterization of social phobia*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 1995; 244: 304–317.
 21. Papp LA, Coplan J, Gorman JM. *Anxiety disorders*. W: Oldham JM, Riba MB, red. *Review of psychiatry, vol 13* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994, s. 27–42.
 22. Marks I, Lader M. *Anxiety states (anxiety neurosis): A review*. J. Nerv. Ment. Dis. 1973; 156: 3–14.
 23. Phillips K, Fulker DW, Rose RJ. *Path analysis of seven factors in adult twin and sibiline pairs and their parents*. Genet. Epidemiol. 1987; 4: 345–354.
 24. Plomin R, Daniels D. *Genetic and shyness*. W: Jones WH, Cheek M, Briggs SR, red. *Shyness*. New York: Plenum; 1986; 186–214.
 25. Rose RJ, Miller JZ, Pogue-Gelle MF, Cardwell GF. *Twin-family studies of common fears and phobias*. New York: Liss; 1981; 186–214.
 26. Smoller JW, Tsuang MT. *Panic and phobic anxiety: Defining phenotypes for genetic studies*. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 1152–1168.
 27. Torgersen S. *Genetic factors in anxiety disorders*. Arch. Gen. Psychiatry 1982; 40: 1085–1093.

Otrzymano: 18.01.2002

Zrecenzowano: 22.07.2002

Przyjęto do druku: 06.09.2002

Adres: Jolanta Rabe-Jabłońska
II Klinika Psychiatryczna Katedry Psychiatrii
AM
92-213 Łódź
ul. Czechosłowacka 8/10

