

ANDRZEJ CZERNIKIEWICZ, TOMASZ WOŹNIAK

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4448-6690>, <https://orcid.org/0000-0002-6745-9639>

Jąkanie a fobia społeczna – główne zagadnienia terapii biologicznej fobii społecznej

Stuttering and Social Phobia – the Main Issues Relating to the Biological Therapy of Social Phobia

STRESZCZENIE

Artykuł przedstawia zależności między jąkaniem i fobią społeczną, towarzyszącą często jękaniu. W pierwszej części przedstawiono wskazówki diagnostyczne dla fobii społecznej i jękania. W drugiej części zaprezentowano efekty leczenia fobii społecznej przy użyciu leków psychotropowych, głównie z kręgu leków przeciwdepresyjnych, które to efekty przekładają się na redukcję, a w części przypadków nawet na ustąpienie objawów jękania. Fakt ten nie oznacza ograniczania terapii osób jękających się z fobią społeczną tylko do podawania leków. Perspektywa zaprzestania leczenia farmakologicznego i utrzymania stanu poprawy funkcjonowania psychicznego i społecznego pacjenta wymaga nawet stosowania równoległej terapii logopedycznej nastawionej na poprawę płynności mówienia.

Słowa kluczowe: jąkanie, fobia społeczna, terapia logopedyczna, farmakoterapia

SUMMARY

The article presents the relationship between stuttering and social phobia, which often accompanies stuttering. The first part presents diagnostic indications for social phobia and stuttering. The second part presents the effects of the treatment of social phobia using psychotropic drugs, mainly the antidepressants, which translate into a reduction, and in some cases even into the alleviation of stuttering symptoms. This fact does not mean limiting the therapy of people who stutter with social phobia to administering drugs. The prospect of discontinuing pharmacological treatment and maintaining the state of improving the patient's mental and social functioning requires the use of a parallel speech-language therapy aimed at improving fluency of speaking.

Key words: stuttering, social phobia, speech-language therapy, pharmacotherapy

WPROWADZENIE

Jąkanie we współczesnej logopedii jest traktowane jako zespół specyficznych objawów w grupie nie płynności (dysfluencji) mowy. Praktyka dowodzi, że poza objawami uznawanymi za typowe dla jąkania u niektórych osób mogą pojawić się zaburzenia, których nie należy diagnozować jako jąkanie. Stwierdzenie takich problemów wymaga odpowiedzi terapeutycznej przekraczającej kompetencje logopedy. Tak dzieje się w przypadku zdiagnozowania fobii społecznej występującej niekiedy w przebiegu jąkania. Artykuł jest próbą określenia wzajemnych zależności jąkania i fobii społecznej i dostarczenia wiedzy na temat diagnozy i terapii biologicznej fobii społecznej.

Jąkanie (ICD – 10 F98.5, ICD – 9 307.0) jest zaburzeniem płynności mówienia, w którym występują symptomy opisywane na różnych poziomach: komunikacyjnym, psychicznym i neurofizjologicznym. Na poziomie komunikacyjnym objawem dominującym jest patologiczna nie płynność mówienia, polegająca przede wszystkim na blokowaniu, przeciąganiu i powtarzaniu dźwięków mowy. Na poziomie psychicznym zwraca uwagę świadomość występowania zaburzenia, przewidywanie wystąpienia nie płynności i wiążące się z tym reakcje lękowe o charakterze patologicznym (logofobia). Na poziomie neurofizjologicznym głównym objawem jest podniesione napięcie mięśniowe w obrębie narządów mowy (spastyczność). Choć między opisywanymi symptomami zachodzą sprzężenia zwrotne, to za symptom podstawowy jąkania należy uznać specyficznie patologiczną nie płynność mówienia (Woźniak 2015).

Należy stwierdzić, że przyczyną nie płynności w jąkanii w większości przypadków są neuroanatomiczne i neurofunkcjonalne odmienności stwierdzane na poziomie mózgu (Chang, Zhu 2013; Chang, Zhu, Choo, Anstat 2015). Dotyczy to głównie osłabienia połączeń w obwodach planowania motorycznego i kontroli wypowiedzi lewej półkuli mózgu. Może to prowadzić do opóźnień w przetwarzaniu informacji i wiązać się z zaburzeniami lateralizacji w zakresie słuchowej kontroli wypowiedzi (wykorzystywanie prawej półkuli i lewego ucha do kontroli wypowiedzi u praworęcznych).

W etiologii jąkania wyróżniamy trzy grupy czynników: predysponujące, wyzwalające i podtrzymujące zaburzenie. Czynniki predysponujące, jak stwierdziliśmy, mają charakter biologiczny (genetycznie warunkowane „rozrzedzenie połączeń”) i nie mamy na nie dużego wpływu. Te czynniki decydują o predyspozycji do mówienia nie płynnego. Czynniki wyzwalające i podtrzymujące są trudniejsze do ustalenia. Mają charakter psychologiczny i środowiskowy. Wiążą się z szeregiem zmiennych związanych z osobowością człowieka (np. skłonność do perfekcjonizmu) i jego temperamentem (np. duża emocjonalność), jak również z występowaniem czynników stresujących w otoczeniu (np. obawy związane z reakcjami

słuchaczy czy z przewidywaniem wystąpienia nie płynności w określonych sytuacjach). Na te czynniki mogą mieć wpływ osoby w otoczeniu osoby jąkającej się czy sama osoba jąkająca się. U niektórych osób rozwija się silna fobia środowiskowa. W związku z tym otrzymujemy wzajemny układ powiązań między jąkaniem a fobią społeczną:

1. Jąkanie bez fobii społecznej,
2. Fobia społeczna bez jąkania,
3. Jąkanie współwystępujące z fobią społeczną:
 - a) wyrażoną w stopniu lekkim i umiarkowanym,
 - b) wyrażoną w stopniu ciężkim.

Można zatem stwierdzić, że fobia społeczna (zespół lęku społecznego) i jąkanie to często zjawiska wzajemnie przenikające się. Wiele objawów niepłynności mowy wynika z lęku przed mówieniem (logofobii), a jednocześnie niepłynność prowadzi do logofobii. Z drugiej strony logofobia – definiowana jako lęk przed wypowiedzianiem określonych dźwięków czy wyrazów, czy mówieniem w pewnych sytuacjach, jest jednym z objawów fobii społecznej. Nierzadkie są sytuacje, w których pomimo skutecznej terapii objawowej jąkania, pozostają objawy fobii społecznej, będąc potem czynnikiem ryzyka nawrotu jąkania i zaostrzenia się innych objawów fobii społecznej. Te wzajemne związki dynamiczne fobii społecznej i jąkania skłoniły nas do przedstawienia możliwości terapii farmakologicznej fobii społecznej, która to terapia może być znaczącym dopełnieniem terapii logopedycznej jąkania, szczególnie w przypadkach silnego nasilenia objawów fobii społecznej.

Terapia fobii społecznej obejmuje wówczas terapię logopedyczną, psychoterapię i leczenie farmakologiczne. Oczywiście mówimy tutaj o przypadkach, w którym zespół lęku społecznego łączy się z jąkaniem i objawia się logofobią.

W pierwszej części pracy przedstawimy wskazówki diagnostyczne dla fobii społecznej i jąkania stosowane w psychiatrii. W drugiej części zaprezentujemy efekty leczenia fobii społecznej przy użyciu leków psychotropowych, głównie z kręgu leków przeciwdepresyjnych, które to efekty przekładają się na redukcję, a w części przypadków nawet na ustąpienie objawów jąkania. Fakt ten nie oznacza ograniczania terapii osób jąkających się z fobią społeczną tylko do podawania leków. Perspektywa zaprzestania leczenia farmakologicznego i utrzymania stanu poprawy funkcjonowania psychicznego i społecznego pacjenta wymaga nawet stosowania równoległej terapii logopedycznej nastawionej na poprawę płynności mówienia.

WSPÓŁCZESNA DIAGNOSTYKA KLINICZNA FOBII SPOŁECZNEJ (ZESPOŁU LĘKU SPOŁECZNEGO)

Poniżej zamieszczamy podstawowe informacje o fobii społecznej (ICD – 10 **F.40.1**) :

- Fobia społeczna (FS) jest trzecim, pod względem częstości występowania, po depresji i uzależnieniu od alkoholu, zaburzeniem psychicznym w populacji ogólnej.
- Wczesny początek FS, zwykle ok. 12–14 r.ż. powoduje, że zaburzenie nie jest traktowane jako odrębna jednostka nozologiczna.
- Do lat osiemdziesiątych XX wieku FS nie była w ogóle uwzględniana w systemach diagnostycznych, co było odbiciem braku zauważania ludzi z tym problemem, którzy zwykle unikają kontaktów z terapeutami.
- Lęk w FS nie ustępuje w czasie stresującej aktywności.
- Częstość występowania FS populacji ogólnej – ok. 7% (występowanie w ciągu życia – *life prevalence*); w USA objawy FS (zgodnie z kryteriami DSM-IV) dotyczą 7,2 mln osób.
- Dwukrotnie częściej FS występuje u kobiet.
- Typowy początek FS to pierwsza i druga dekada życia; bardzo rzadko początek następuje po 25 r.ż.
- U dzieci – ok. 9% populacji dziecięcej ma FS, najczęściej w postaci: mutyzmu wybiórczego, reaktywnego utrudnienia nawiązywania kontaktów socjalnych w dzieciństwie.
- FS jest zaburzeniem wiążącym się z licznymi chorobami współistniejącymi.
- FS ma szczególnie duży wpływ na złe funkcjonowanie społeczne.

W ogromnej większości przypadków FS jest błędnie diagnozowana i leczona (wg Hoffman i Dibartolo 2014).

Fobia społeczna (zespół lęku społecznego) zalicza się do grupy zaburzeń lękowych. Poniżej podajemy kryteria diagnostyczne fobii społecznej według skali MINI, która jest kompilacją ICD-10 i DSM-IV (Sheehan i wsp. 1998).

Kryteria fobii społecznej – MINI

F. Fobia socjalna. F.40.1

F	1	a	W ciągu ostatniego miesiąca pacjent obawiał się znalezienia w ośrodku uwagi lub kompromitacji w sytuacjach społecznych ...	nie	tak
		b	Ta obawa była nadmierna lub nieuzasadniona...	nie	tak
		c	Pacjent unika takich sytuacji lub cierpi w ich toku...	nie	tak
		d	Pogorszyło to jego zwykle funkcjonowanie zawodowe lub socjalne lub powoduje znaczny dystres ... jeśli F1a, F1b, F1c i F1d tak – to rozpoznanie – fobia społeczna	nie	tak

Jąkanie jest częstym zjawiskiem występującym w przebiegu fobii społecznej, czego dowodem jest umieszczenie logofobii w najbardziej popularnej skali ocenie fobii społecznej LSAS (Liebowitz 1987).

W ujęciu medycznym definiuje się jąkanie głównie na podstawie jakościowego opisu objawów nie płynności (DSM-5). Kryteria diagnostyczne jąkania według DSM-5 przedstawiają się następująco:

- a) Zaburzenia normalnej płynności i prozodii mowy, charakteryzujące się co najmniej jednym z poniższych objawów
 - powtarzanie dźwięków i sylab,
 - „przedłużanie” dźwięków,
 - wtrącenia,
 - pauzy w środku słowa,
 - słyszalne lub ciche przerwy w wypowiedzeniach,
 - zastępowanie słów celem uniknięcia słów sprawiających problemy,
 - frazy z wyraźnym napięciem,
 - repetycje słów monosylabicznych,
- b) Zaburzenia mowy utrudniają komunikację szkolną, zawodową, środowiskową.

TERAPIA PSYCHOFARMAKOLOGICZNA FOBII SPOŁECZNEJ

Terapia farmakologiczna zespołu lęku społecznego opiera się redukcji dystresu psychicznego i unikania, jako dominant tego zespołu. Niektóre z leków stosowanych w zespole lęku społecznego służą z kolei leczeniu objawowemu, szczególnie fizycznych przejawów lęku, zwłaszcza tachykardii.

Podstawą leczenia biologicznego fobii społecznej są współczesne badania nad znaczeniem poszczególnych neuromediatorów w patomechanizmie fobii społecznej. Liczne badania wskazują dysfunkcje układów: dopaminergicznego, serotonergicznego, adrenergicznego i GABA-ergicznego w fobii społecznej [Nutt i Ballenger 2007]. Na oddziaływaniu na receptory tych neuromediatorów opiera się współczesne możliwości terapeutyczne fobii społecznej.

Nieodwracalne, nieselektywne inhibitory mono-amino-oksydazy (IMAO)

Obserwacje o wykorzystaniu IMAO, a więc leków działających poprzez blokowanie metabolizmu zarówno serotoniny, dopaminy, jak i noradrenaliny, pochodzą z prac dotyczących terapii depresji atypowej, gdzie objawy depresyjne często łączyły się z objawami lekowymi typu fobii, w tym również fobii społecznej. W kluczowej pracy Liebowitza i wsp. losowo wybranych 85 pacjentów poddano 8-tygodniowej terapii fenelzyną (MAO), atenololem lub placebo. Średnie dawki leków wynosiły: fenelzyna –75,7 mg / dzień (SD = 16; zakres = 45–90 mg / dzień); atenolol, 97,6 mg / dzień (SD = 10,9; zakres = 50–100 mg / dzień). Wskaźniki odpowiedzi, zdefiniowane jako Clinical Global Impression Clinic Skala poprawy (CGI-I) >1 wyniosły: fenelzyna, 64%; atenolol, 30% i placebo, 23%. Stwierdzono znaczącą redukcję zarówno lęku społecznego i poprawę wydajności chorych leczonych fenelzyną vs. atenolol i placebo (Liebowitz i wsp. 1992). W innej pracy z użyciem IMAO fenelzyny losowo przydzielono 128 pacjentów do grup leczonych fenelzyną, CBT, terapią skojarzoną CBT z fenelzyną lub placebo stwierdzono największą poprawę w grupie chorych jednocześnie leczonych fenelzyną i CBT, a następnie w monoterapii fenelzyną i CBT (Blanco i wsp. 2010). Warto tu jeszcze wspomnieć o pierwszej pracy dotyczącej terapii fobii społecznej przy użyciu leków z tej grupy. Stosowano w grupie 32 pacjentów z zaburzeniami lęku społecznego inny IMAO, trancylprominę, przez okres do jednego roku. Z 29 pacjentów, którzy ukończyli co najmniej miesiąc leczenia, 62% wykazało poprawę, 17% wykazało umiarkowaną poprawę, a 21% nie wykazało poprawy (Versiani i wsp. 1988). Ograniczenia dietetyczne i ryzyko znaczących interakcji z innymi lekami dla leków IMAO spowodowało wprowadzenie podobnego, jeśli chodzi o mechanizm, działania środków z grupy RIMA.

Odwracalne inhibitory monoaminooksydazy – typu A (RIMA)

W dużym badaniu wielośrodkiem Katschnig i wsp. (1997) porównali dwie dawki moklobemidu (300 i 600 mg) z placebo przy użyciu paradygmatu podwójnie zaślepionej próby w okresie 12-tygodniowym. Obie dawki moklobemidu były bardziej skuteczne niż placebo (Katschnig i wsp. 1997) W innej pracy z użyciem

moklobemidu, w dawce średnio 728 mg dziennie, stwierdzono tylko niewielką poprawę w grupie 77 chorych z fobią społeczną (Schneier i wsp. 1998). Natomiast w kolejnej pracy, gdzie porównywano efekty terapii fobii społecznej moklobemidem w grupie 390 pacjentów, stwierdzono poprawę u 43% leczonych moklobemidem vs. 31 % osób u których stosowano placebo (Stein D. i wsp. 2002 a). Moklobemid jest na pewno lepiej tolerowany w porównaniu z IMAO, ale jego skuteczność wydaje się jest nieco niższa w porównaniu z klasycznymi IMAO.

Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI)

Leki o wybiórczym działaniu serotonergicznym, opartym na blokowaniu wychwytu zwrotnego serotoniny, a więc selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) są obecnie standardem terapii farmakologicznej fobii społecznej, co zostało potwierdzone w badaniach klinicznych i opartych na nich metanalizach. SSRI stanowią jednak niejednorodną grupę farmakodynamiczną i z tego powodu należy raczej opierać się na badaniach klinicznych poszczególnych leków z tej grupy, a nie mówić o wpływie grupy leków.

Znaczącą grupę badań klinicznych z zastosowaniem leków z grupy SSRI stanowią opracowania z użyciem paroksetyny. W uznawanej za klasyczną pracy M.B. Steina i współautorów (1998) porównano skuteczność paroksetyny w dawce dziennej od 20 mg do 50 mg z efektami stosowania placebo. W 12-tygodniowym badaniu stwierdzono znaczącą poprawę (CGI 1–2) wśród 55% pacjentów, u których stosowano paroksetynę, w porównaniu z 24% pacjentami leczonymi placebo, u których osiągnięto taką samą poprawę. W długoterminowym badaniu (24 tygodnie) stwierdzono statystycznie rzadsze nawroty u osób leczonych paroksetyną w porównaniu z pacjentami leczonymi placebo (Stein i wsp. 2002b). W jednej z najnowszych prac dotyczących terapii fobii społecznej z użyciem paroksetyny stwierdzono w półrocznej obserwacji najwyższy współczynnik remisji w podgrupie leczonej tylko CBT, niższy współczynnik remisji w grupie leczonej CBT i paroksetyn, natomiast monoterapia paroksetyną dała remisję tylko u 27% chorych (Nordahl i wsp. 2016).

W pracach oceniających skuteczność sertraliny w fobii socjalnej w porównaniu z placebo stwierdzono w badaniu 20-tygodniowym odpowiedź u 53% chorych leczonych sertralina vs. 29% poprawy u osób, u których stosowano placebo (Van Ameringen i wsp. 2001). W innej pracy, gdzie w okresie 12-tygodniowej terapii porównano efekty leczenia, mierzone redukcją skalą LSAS i CGI, wykazano przewagę u osób leczonych sertralina (47% poprawy) w porównaniu z osobami, u których stosowano placebo (26% poprawy) (Liebowitz i wsp. 2003). W najnowszej pracy, w której oceniano skuteczność sertraliny w terapii fobii socjalnej, porównując ją z krótkoterminową psychoterapią psychodynamiczną, wykazano dobrą skuteczność obu metod leczenia (Nader-Mohamadi i wsp. 2015).

Ciekawą pracą było porównanie skuteczności w terapii fobii społecznej różnych dawek (5–20 mg) escitalopramu, najbardziej selektywnego z SSRI, z innym lekiem tej grupy paroksetyną i placebo w klinicznej 24 tygodniowej próbie. Stwierdzono w niej skuteczność escitalopramu w dawkach 5 mg i 20 mg vs placebo w okresie pierwszych 12 tygodni leczenia, a następnie przewagę kliniczną escitalopramu nad paroksetyną od 16. tygodnia leczenia (Lader i wsp. 2005). W innej pracy z użyciem escitalopramu wykazano, że w próbie 24-tygodniowej, ryzyko nawrotu fobii społecznej w grupie leczonej escitalopramem (10–20 mg) było znacząco niższe (22%) w porównaniu z osobami na placebo (Montgomery i wsp. 2005). W jednej z najnowszych prac wykazano, że redukcja objawów lęku społecznego już po tygodniu stosowania escitalopramu jest rzetelnym predyktorem dalszej poprawy funkcjonowania chorych z tym zaburzeniem (Oh i wsp. 2016). W ostatniej metanalizie potwierdzono skuteczność escitalopramu i jego statystyczną przewagę nad placebo w terapii lęku społecznego, bez względu na dawkę leku (5–20 mg) [Baldwin i wsp. 2016].

W jednej z nielicznych prac dotyczących fluwoksaminy wykazano, że jest ona bardziej skuteczna od placebo w zakresie różnych wymiarów fobii społecznej w badaniu 12-tygodniowym (Westenberg i wsp. 2004).

W badaniu porównującym skuteczność w fobii społecznej fluoksetyny, CBT i terapii skojarzonej (CBT + fluoksetyna) vs. placebo wykazano, że zarówno fluoksetyna, jak i CBT, jak i skojarzenie fluoksetyny i CBT przynosiła poprawę u ok. 50% pacjentów – placebo przynosiło poprawę u ok. 30% chorych (Davidson i wsp. 2004).

Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI)

Ze względu na mechanizm powstawania fobii społecznej, który wydaje się związany z deficytem serotonergicznym i noradrenergicznym, można było sądzić, że leki z grupy SNRI, głównie wenlafaksyna i duloksetyna, powinny być skuteczne w kompleksowej terapii zespołu lęku społecznego. Dwa duże badania randomizowane potwierdziły skuteczność wenlafaksyny w terapii zespołu lęku społecznego (Liebowitz i wsp. 2005a; Stein i wsp. 2005). Najciekawsza wydaje się obserwacja z drugiego z tych badań, gdzie w próbie 28-tygodniowej wykazano znaczącą przewagę wenlafaksyny nad placebo w zakresie remisji (31% vs 16%), bez względu na dawkę dobową wenlafaksyny (stosowano ją w dawkach dobowych od 75 mg do 225 mg) (Stein i wsp. 2005).

Drugi z powszechnie stosowanych SNRI, duloksetyna, w badaniu Simona i wsp. wykazał znacząco większą redukcję objawów fobii społecznej mierzonych skalą LSAS, zarówno w leczeniu krótkoterminowym (6 tygodni), jak i długoterminowym (24 tygodnie) (Simon i wsp. 2010).

Inne leki przeciwdepresyjne

W przypadku innych leków przeciwdepresyjnych, o innych mechanizmach działania, takich jak bupropion, reboksetyna, mirtazapina, czy nafazodon, nie została potwierdzona ich skuteczność w terapii fobii społecznej, co może wskazywać na fakt, że terapia fobii społecznej możliwa jest głównie przy użyciu leków o działaniu serotonergicznym i/lub noradrenergicznym (Blanco i wsp. 2014).

Benzodiazepiny

Zastosowanie benzodiazepin w terapii fobii społecznej opiera się na wcześniejszych zastosowaniach tych środków przeciwłękowych w takich zaburzeniach lękowych jak zespół lęku uogólnionego czy zespół lęku panicznego. Duża skuteczność tych leków jest niestety skorelowana z ogromnym ryzykiem uzależnienia od nich, tak więc podajemy informacje o ich stosowaniu w fobii społecznej tylko z obowiązku autorskiego.

I tak w trzech badaniach alprazolam (dawki dobowe 1-8 mg) wykazał efekt przeciwłękowy, ale był on niższy od oczekiwanego i wynosił w ostatniej cytowanej tutaj pracy (pacjenci zaliczeni jako odpowiadający na 12-tygodniową terapię – *responders*) 38% (Lydiard i wsp. 1988; Reich i Yates 1988; Gelertner i wsp. 1991).

Z kolei w terapii inną benzodiazepiną, klonazepamem, uzyskano dużo lepsze wyniki w porównaniu z alprazolamem (Davidson i wsp. 1993, Ontiveros 2008).

Leki beta-adrenergiczne

Środki beta-adrenergiczne, takie jak np. atenolol, są wykorzystywane ze względu na ich efekt objawowy, redukujący zewnętrzne przejawy lęku, takie jak drżenie czy tachykardia.

W jednej z prac, gdzie porównywano skuteczność atenololu, psychoterapii behawioralnej i placebo, wykazano dużo lepszy efekt psychoterapii (89% chorych z poprawą w 1-tygodniowej próbie) w porównaniu ze stosowaniem atenololu ((poprawa u 47% chorych) i placebo (poprawa 44%) (Turner i wsp. 1994). Bardziej skuteczny okazał się nieselektywny beta-bloker, jakim jest propranolol (Schneier 1995).

Inne leki psychotropowe

Stosunkowo wiele doniesień o wpływie terapeutycznym na objawy fobii społecznej dotyczy leków przeciwdrgawkowych, ze względu na ich wpływ na receptory GABA-ergiczne. Zachęcające wyniki dotyczą przede wszystkim gabapentyny i pregabaliny (Blanco i wsp. 2014). Skuteczność anksjolitycznego działania gabapentyny w odniesieniu do fobii społecznej została potwierdzona w badaniu będącym metanalizą (Chouinard 2006). Z kolei w odniesieniu do pregabaliny po-

twierdzono jej skuteczność (vs. placebo) w zapobieganiu nawrotom fobii społecznej w długoterminowym badaniu (Greist i wsp. 2011).

Próby innych leków (D-cykloseryna, leki antypsychotyczne) wymagają dalszych opracowań (Blanco i wsp. 2014).

Wyniki jednej z nowszych metaanaliz wykazują, że następujące metody farmakoterapii fobii społecznej mają przewagę istotną statystycznie, w porównaniu z grupą bez leczenia, oczekującą na terapię – *waitlist* (kolejność na podstawie malejącego rozmiaru rozmiar efektu terapeutycznego – *effect size*,): 1. inhibitory monoaminooksydazy (fenelzyna i moklobemid), 2. benzodiazepiny (najwyższy *effect size* – klonazepam); 3. SSRI i SNRI (najwyższy *effect size* – paroksetyna i wenlafaksyna); 4. leki przeciwdrgawkowe (najwyższy *effect size* – gabapentyna) (Mayo-Wilson i wsp. 2014).

Terapia fobii społecznej u osób dorosłych najczęściej polega na kojarzeniu leku psychotropowego, przeważnie przeciwdepresyjnego, z różnymi formami psychoterapii i terapii logopedycznej.

Terapia fobii społecznej w grupie dzieci i adolescentów

Badania z użyciem leków, jak i placebo, natrafiają na znaczące problemy metodologiczne i etyczne w grupie adolescentów i dzieci, a należy pamiętać, że jest to grupa, w której w porównaniu z dorosłymi częściej występują objawy fobii społecznej, często przybierając postać fobii szkolnej. Dlatego też liczba prac, w których stosowano leki psychotropowe celem terapii fobii socjalnej, jest znacznie niższa niż liczba prac, gdzie grupą badaną byli pacjenci dorośli.

I tak w pracy, gdzie badano efekty terapii fluoksetyną (dawki dzienne do 40 mg u dzieci i do 80 mg u adolescentów) w dziesięcioosobowej grupie pacjentów z fobią społeczną stwierdzono działanie leku u ośmiu badanych, mimo że wcześniej nie reagowali oni na psychoterapię (Fairbanks i wsp. 1997). Podobnie dobre efekty terapii fobii społecznej u dzieci (n=22) stwierdzono w 9-tygodniowej próbie klinicznej z sertralina (dawka dzienna do 50 mg) (Rynn i wsp. 2001). W badaniu klinicznym escitalopramu vs. placebo (czas trwania próby 12 tygodni; n=20; wiek 10–17 lat) stwierdzono pożądany skutek aż u 65% osób leczonych escitalopramem (Isolan i wsp. 2007). Metaanaliza stosowania leków antydepresyjnych z grupy SSRI i SNRI wskazuje na dobrą reakcję nawet u ok. 2/3 chorych z grupy dzieci i adolescentów dotkniętych fobią socjalną (Blanco i wsp. 2014). W innej metaanalizie skuteczności antydepresantów u dzieci i adolescentów z fobią społeczną jej autor wskazuje, że jedynymi lekami o potwierdzonej skuteczności są wenlafaksyna, fluoksetyna i fluwoksamina (Gentile 2014). W najnowszym opracowaniu poglądowym podkreśla się skuteczność leków antydepresyjnych z grupy SSRI i SNRI, ale także przydatność kojarzenia takiej terapii biologicznej z psychoterapią, zwłaszcza CBT (Hussein i wsp. 2016).

WNIOSKI

W podsumowaniu stwierdzamy, że:

- a) Fobia społeczna to zjawisko często współistniejące z zaburzeniami płynności mowy, szczególnie z jąkaniami, co manifestowane jest głównie występowaniem logofobii.
- b) Terapia fobii społecznej u osób jękających się, poprzez redukcję mechanizmu unikania, jest jednocześnie biologiczną terapią jąkania.
- c) Nadal głównym nurtem farmakologicznej terapii fobii społecznej jest stosowanie leków przeciwdepresyjnych z grup: SSRI, IMAO, RIMA i SNRI, lub leków przeciwdrgawkowych, zwłaszcza gabapentyny i pregabaliny.

Własne doświadczenia autorów wskazują na skuteczność łączenia terapii biologicznej (stosowania leków) i logopedycznej u dorosłych pacjentów jękających się z fobią społeczną.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*, Washington.
- Baldwin D.S., Asakura S., Koyama T., Hayano T., Hagino A., Reines E., Larsen K., 2016, *Efficacy of escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis versus placebo*. Eur Neuropsychopharmacol. Jun, 26(6), s. 1062–9.
- Blanco C., Heimberg R.G., Schneier F.R., Fresco D.M., Chen H., Turk C.L., Liebowitz M.R., 2010, *A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder*. Archives of General Psychiatry, 67, s. 286–295.
- Blanco C., Bragdon L., Schneier F.R., Liebowitz M.R., 2014, *Psychopharmacology for social anxiety disorder*, [w:] *Social Anxiety Clinical, Developmental, and Social Perspectives*, red. S.G. Hoffman, P.M. Di Bartolo, London, s. 626–661.
- Chang S., Zhu D., 2013, *Neural network connectivity differences in children who stutter*, „Brain”, 136, s. 3709–3726.
- Chang S., Zhu D., Choo A., Anstat M., 2015, *White matter neuroanatomical differences in young children who stutter*, „Brain”, 138, s. 694–711.
- Chouinard G., 2006, *The search for new off-label indications for antidepressant, antianxiety, antipsychotic and anticonvulsant drugs*. J Psychiatry Neurosci, 31(3), s. 168–76.
- Davidson J.R., Potts N.L., Richichi E., Krishnan R., Ford S.M., Smith R., Wilson W.H., 1993, *Treatment of social phobia with clonazepam and placebo*, „Journal of Clinical Psychopharmacology”, 13, 423–428.
- Davidson J.R., Foa E.B., Huppert J.D., Keefe F.J., Franklin M.E., Compton J.S., Gadde K.M., 2004, *Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia*, „Archives of General Psychiatry”, 61, s. 1005–13.
- Fairbanks J., Pine D.S., Tancer N.K., Dummit S.E., Kentgen L.M., Martin J., Klein, R.G., 1997, *Open fluoxetine treatment of mixed anxiety disorders in children and adolescents*, „Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology”, 7, s. 17–29.
- Gelernter C.S., Uhde T.W., Cimbolich P., Arnkoff D.B., Vittone B.J., Tancer M.E., Barto J.J., 1991, *Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: a controlled study*. „Archives of General Psychiatry”, 48, s. 938–945.

- Gentile S., 2014, *Efficacy of antidepressant medications in children and adolescents with non-obsessive-compulsive disorder anxiety disorders: a systematic assessment*, „Expert Opin Drug Saf.”, 13(6), s. 735–44.
- Greist JH, Liu-Dumaw M, Schweizer E, Feltner D., 2011, *Efficacy of pregabalin in preventing relapse in patients with generalized social anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled 26-week study*, *Int Clin Psychopharmacol*, 26(5), s. 243–251.
- Hoffman S.G., Di Bartolo P.M., 2014, *Social Anxiety Clinical, Developmental, and Social Perspectives*, London.
- Hussain F.S., Dobson E.T., Strawn J.R., 2016, *Pharmacologic Treatment of Pediatric Anxiety Disorders*, *Curr Treat Options Psychiatry*, 3(2), s. 151–160.
- Isolan L., Pheula G., Salum G.A., Oswald S., Rohde L.A., Manfro G.G., 2007, *An open-label trial of escitalopram in children and adolescents with social anxiety disorder*, „*Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*”, 17, s. 751–759.
- Katschnig H., Stein M.B., Buller R., 1997, *On behalf of the International Multicenter Clinical Trial Group on Moclobemide in Social Phobia: Moclobemide in social phobia: A double-blind, placebo-controlled clinical study*, „*European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*”, 247, s. 71–8.
- Lader M., Stender K., Burger V., 2004, *Efficacy and tolerability of escitalopram in 12- and 24-week treatment of social anxiety disorder: randomised, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study*, „*Depression and Anxiety*”, 19, 241–248.
- Liebowitz M.R., 1987, *Liebowitz Social Anxiety Scale*, „*Mod Probl Pharmacopsychiatry*”, 22, s. 141–173.
- Liebowitz M.R., Schneier F.R., Campeas R., Hollander E., Hatterer J., Fyer, A., Gully R., 1992, *Phe-nelzine versus atenolol in social phobia: a placebo controlled comparison*, „*Archives of General Psychiatry*”, 49, s. 290–300.
- Liebowitz M.R., DeMartinis N.A., Weihs K. Londborg P.D., Smith W.T. Chung H. Clary, C.M., 2003, *Efficacy of sertraline in severe generalized social anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled study*, „*Journal of Clinical Psychiatry*”, 64, s. 785–792.
- Liebowitz M.R., Mangano R.M., Bradwejn, J. Asnis G., 2005, *A randomized controlled trial of ven-lafaxine extended release in generalized social anxiety disorder*, „*Journal of Clinical Psychiatry*”, 66, s. 238–247.
- Lydiard R.B., Laraia M.T. Howell E.F., Ballenger J.C., 1988, *Alprazolam in the treatment of social phobia*, „*Journal of Clinical Psychiatry*”, 49, 17–19.
- Montgomery S.A., Nil R., Durr-Pal N., Loft H., Boulenger J. P., 2005, *A 24-week randomized, double-blind, placebo-controlled study of escitalopram for the prevention of generalized social anxiety disorder*, „*Journal of Clinical Psychiatry*”, 66, s. 1270–1278.
- Nader-Mohammadi Moghadam M., Atef-Vahid M.K., Asgharnejad-Farid A.A., Shabani A., Lavasni F., 2015, *Short-term Dynamic Psychotherapy versus Sertraline in Treatment of Social Phobia*, *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 9(2) e208.
- Nordahl H.M., Vogel P.A., Morken G., Stiles T.C., Sandvik P., Wells A., 2016, *Paroxetine, Cognitive Therapy or Their Combination in the Treatment of Social Anxiety Disorder with and without Avoidant Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial*, *Psychother Psychosom.*, 85(6), s. 346–356.
- Nutt D., Ballenger J., 2007, *Anxiety disorders: Panic Disorder and social anxiety disorder*, Oxford.
- Oh K.S., Shin E., Ha J., Shin D., Shin Y., Lim S.W., 2016, *Early Improvement in One Week Predicts the Treatment Response to Escitalopram in Patients with Social Anxiety Disorder: A Preliminary Study*, *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 31, 14(2), s. 161–167.
- Ontiveros, A., 2008, *Double-blind controlled study with clonazepam and placebo in social anxiety disorder*, *Salud Mental*, 31, s. 299–306.

- Reich J.R., Yates W., 1988, *A pilot study of treatment of social phobia with alprazolam*, „American Journal of Psychiatry”, 145, s. 590–594.
- Rynn M.A., 2001, *Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder*, „American Journal of Psychiatry”, 158, s. 2008–2014.
- Schneier F.R. (1995). *Clinical assessment strategies for social phobia*, „Psychiatric Annals”, 25, s. 550–553.
- Schneier F.R., Goetz D., Campeas R., Fallon B., Marshall R., Liebowitz M.R., 1998, *Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia*, „British Journal of Psychiatry”, 172, s. 70–77.
- Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., Dunbar G.C., 1998, *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. J Clin Psychiatry, 59 Suppl 20, s. 22–33.
- Simon N.M., Worthington J.J., Moshier S.J., Marks E.H., Hoge E.A., Brandes M., Delong H., Pollack M.H., 2010, *Duloxetine for the treatment of generalized social anxiety disorder: a preliminary randomized trial of increased dose to optimize response*, CNS Spectr., 15(7): s. 367–73.
- Stein M.B., Liebowitz M.R., Lydiard R.B., Pitts C.D., Bushnell W., Gergel I., 1998, *Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder)*, JAMA 280, s. 708–713.
- Stein D.J., Cameron A., Amrein R., Montgomery S.A., 2002, *Moclobemide is effective and well tolerated in the long-term pharmacotherapy of social anxiety disorder with or without comorbid anxiety disorder*, „International Journal of Clinical Psychopharmacology”, 17, 161–170.
- Stein D.J., Versiani M., Hair T., Kumar R., 2002a, *Efficacy of paroxetine for relapse prevention in social anxiety disorder: a 24-week study*, „Archives of General Psychiatry”, 59, s. 1111–1118.
- Stein M.B., Pollack M.H., Bystritsky A., Kelsey J.E., Mangano R.M., 2005, *Efficacy of low and higher dose extended-release venlafaxine in generalized social anxiety disorder: a 6-month randomized controlled trial*. Psychopharmacology, 177, s. 280–288.
- Turner S.M., Beidel D.C., Jacob R.G., 1994, *Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 62, s. 350–358.
- Van Ameringen M.A., Lane R.M., Walker J.R., Bowen R.C., Chokka P.R., Goldner E.M., Swinson R.P., 2001, *Sertraline treatment of generalized social phobia: a 20-week, doubleblind, placebo-controlled study*, „American Journal of Psychiatry”, 158, s. 275–281.
- Versiani M., Mundim F.D., Nardi A.E., Liebowitz M.R., 1988, *Tranlycypromine in social phobia*, „Journal of Clinical Psychopharmacology”, 8, s. 279–283.
- Westenberg H.G., Stein D.J., Yang H., Li D., Barbato L.M., 2004, *A double-blind placebocontrolled study of controlled release fluvoxamine for the treatment of generalized social anxiety disorder*, „Journal of Clinical Psychopharmacology”, 24, s. 49–55.
- Woźniak T., 2015, *Diagnoza i terapia osób z zaawansowanym jąkaniem*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 797–83.