

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Lekarski

Magdalena Zalewska

**Fobia społeczna u młodzieży we wczesnej fazie dorastania
w populacji uczniów szkół krakowskich.**

Praca doktorska

Promotor: Prof. dr hab. med. Jacek Bomba

Pracę wykonano w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży,

Katedra Psychiatrii CM UJ

Kierownik jednostki: Prof. dr hab. med. Jacek Bomba

Kraków, 2006

SPIS TREŚCI	strona
I. WSTĘP	4
1. Kryteria rozpoznawania fobii społecznej	4
2. Fobia społeczna a lęk w sytuacjach społecznych	7
3. Symptomatologia fobii społecznej	8
4. Charakterystyka okresu dorastania	8
5. Etiologia fobii społecznej	9
6. Epidemiologia fobii społecznej	14
7. Podtypy fobii społecznej u dzieci i młodzieży	15
8. Współwystępowanie fobii społecznej z innymi zaburzeniami psychicznymi	16
9. Konsekwencje fobii społecznej	17
10. Leczenie fobii społecznej	18
II. CEL PRACY	21
III. MATERIAŁ I METODY	22
1. Badana populacja	22
2. Kwestionariusz <i>Social Phobia and Anxiety Inventory for Children</i> (SPAI-C)	22
3. Kwestionariusz <i>Krakowski Inwentarz Depresyjny</i> (KID) wersja IO„B1”	26
4. Opracowanie statystyczne	26
IV. WYNIKI	28
1. Rzetelność skali ogólnej lęku społecznego SPAI-C	28
2. Wartości skali SPAI-C	28
3. Wartości skali SPAI-C z uwzględnieniem płci	29
4. Korelacje pomiędzy t-SPAI-C a wynikami kwestionariusza IO„B1” skali KID	31
5. Wartość punktu przesiewowego fobii społecznej w skali SPAI-C	32
6. Występowanie i współwystępowanie fobii społecznej i depresji	34
7. Fobia społeczna a depresja z uwzględnieniem płci	35
8. Analizy czynnikowe	38

9. Płeć, występowanie depresji i fobii społecznej a wynik skal czynnikowych	47
10. Swoistość fobii społecznej w relacji do depresji	51
V. DYSKUSJA	52
1. Narzędzia badawcze do oceny fobii społecznej	52
2. Narzędzia służące do rozpoznawania fobii społecznej u dorosłych	53
3. Narzędzia służące do rozpoznawania fobii społecznej u dzieci i młodzieży	54
4. Badania przesiewowe osób w okresie dorastania	55
5. Zastosowanie kwestionariusza SPAI-C	55
6. Rozpowszechnienie fobii społecznej	56
7. Jakościowy profil fobii społecznej	59
8. Współwystępowanie fobii społecznej i depresji	61
9. Wartość poznawcza i ograniczenia przedstawionego badania przesiewowego	68
VI. WNIOSKI	70
VII. STRESZCZENIA	71
VIII. PIŚMIENNICTWO	77
IX. ANEKS, TABELLE	84

I. WSTĘP

W obszarze psychiatrii lęk jest jednym z najpowszechniejszych objawów psychopatologicznych [1, 2]. Potocznie pojęcia „lęk” używa się jako synonimu pojęcia „strach” dla wyrażenia nieprzyjemnego stanu emocjonalnego, którego istotą jest przeżywanie uczucia zagrożenia. W psychiatrii i psychologii słowo „strach” oznacza zmiany emocjonalne pojawiające się w sytuacjach realnego zagrożenia i dotyczy w zasadzie prawidłowych reakcji, „lęk”- to nieuzasadnione realną sytuacją, subiektywne odczucie, często będące przejawem choroby. Według niektórych myślicieli, lęk jest niemal nieodłączną cechą egzystencji człowieka. W piśmiennictwie dotyczącym lęku można znaleźć wiele koncepcji teoretycznych, których autorzy podejmują próbę wyjaśnienia genezy lęku. Koncepcje te nawiązują do poglądów filozoficznych, psychologicznych teorii osobowości, prób wyjaśniania przyczyn zaburzeń psychicznych i ich klasyfikacji. Oto przykłady niektórych z nich:

„Lęk to emocje nieodłącznie towarzyszące wszelkim sytuacjom wyboru, zaangażowania, samouświadamiania i poszukiwania celów istnienia” (Kierkegaard).

„Lęk jest wynikiem represji dążeń seksualnych (libido) przez superego” (Freud, 1936)

„Lęk to przejaw dezintegracji osobowości, reakcji katastroficznej” (Goldstein, 1939; May, 1950; Kaplan, 1964)

„Lęk to następstwo istnienia w świadomości nieprawidłowego obrazu siebie” (*self-concept*; Rogers, 1951)

„Lęk jest wyuczoną reakcją na powtarzające się sytuacje zagrożenia i bólu” (Miller, 1951; Mowrer, 1939)

„Lęk to następstwo wadliwego przetwarzania (zwłaszcza integracji) percepcji (Reynolds, 1956) [za 3]).

Objawy lękowe często obserwowane u dzieci i młodzieży wciąż sprawiają wiele trudności diagnostyczno-terapeutycznych. Ich rozpoznawanie często weryfikuje czas, dynamika objawów oraz podatność na leczenie [1]. Jedną z najczęstszych postaci zaburzeń lękowych u młodzieży we wczesnej fazie dorastania jest fobia społeczna.

1. Kryteria rozpoznawania fobii społecznej

Według autorów klasyfikacji ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób-*International Classification of Diseases*) fobia społeczna (fobia: z greckiego *phóbos* - strach [4]) jest jednym z częstszych zaburzeń fobicznych, w których lęk wywoływany jest tylko lub

przede wszystkim przez sytuacje i (lub) przedmioty, które nie są obiektywnie niebezpieczne. Osoba doświadczająca lęku fobicznego unika tych sytuacji i przedmiotów, a w przypadku ich napotkania przeżywa silny niepokój. Subiektywne, fizjologiczne i behawioralne objawy lęku nie różnią się od obserwowanych w innych postaciach zaburzeń lękowych i mogą mieć różne nasilenie (od lekkiego niepokoju do pełnego przerażenia). Nawet sama myśl o znalezieniu się w sytuacji wyzwalającej fobię lub wyobrażenie takiej sytuacji zazwyczaj wywołują wystąpienie lęku [2, 5]. Fobia społeczna dotyczy różnych grup wiekowych i charakteryzuje się głównie lękiem przed negatywną oceną innych osób (w sytuacjach społecznych) oraz tendencją do unikania takich sytuacji [5, 6]. Termin „fobia” określa poziom lęku tak wysoki, że w znacznym stopniu zakłóca on codzienne funkcjonowanie chorego zarówno w sferze zawodowej, edukacyjnej, społecznej jak i emocjonalnej, lub w inny sposób staje się dla tej osoby uciążliwy.

Osoby z fobią społeczną przeceniają częstość i powagę trudności doświadczanych w relacjach z innymi, jednak ich obawy są dużo bardziej realne niż osób z innym rodzajem fobii [7].

Początek systematycznych badań nad lękiem w sytuacjach społecznych to opublikowanie dwóch narzędzi do badania lęku społecznego: skala opracowana przez Watsona i Frienda (1969) oraz *Personal Report of Communication Apprehension* McCroskeya (1970). Pojęcie fobii społecznej jako szczególnej formy zaburzeń nerwicowych zastosowano po raz pierwszy w piśmiennictwie psychiatrycznym w połowie lat 60. Do systemów klasyfikacyjnych wprowadzono go w latach 80. w USA (III wydanie *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- DSM-III*), a w 1992 roku w Europie (ICD-10) [2, 6, 8, 9]. Rozpoznawane u dzieci i młodzieży na podstawie kryteriów DSM-III-R „zachowanie unikające” (*avoidant disorder*) usunięto z klasyfikacji i włączono w IV wydaniu tej klasyfikacji do określenia „fobia społeczna” [10]. Rozpoznawanie fobii społecznej opiera się w Polsce na kryteriach obowiązującej tu Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10 (1997), niemniej jednak kryteria diagnostyczne swoiste dla fobii społecznej u dzieci i młodzieży można znaleźć tylko w klasyfikacji DSM-IV.

Kryteria diagnostyczne fobii społecznej według DSM-IV (APA, 1994):

- Silnie wyrażony i uporczywy lęk przed sytuacjami społecznymi (jednego lub wielu typów) związanymi ze spotykaniem nieznanych osób lub możliwością bycia przez nie ocenianym. Osoba boi się, że zachowa się w sposób upokarzający lub zawstydzający ją (lub okaże objawy lęku). U dzieci należy udowodnić zdolność do nawiązywania

odpowiednich dla danego wieku relacji społecznych z innymi osobami, lęk musi pojawiać się w sytuacjach interakcji z rówieśnikami, nie tylko z dorosłymi.

- Znalezienie się w sytuacji społecznej powodującej lęk, niemal nieuchronnie jest przyczyną lęku, który może przybierać formę napadu paniki związanego z daną sytuacją lub, do którego dana sytuacja predysponuje. Dzieci mogą wyrażać lęk poprzez płacz, nagły wybuch złości, bezruch lub ucieczkę z budzącej lęk sytuacji społecznej.
- Chory jest świadomy faktu, że lęk jest nadmierny i nieracjonalny. U dzieci kryterium to może nie być spełnione.
- Unikanie powodujących lęk sytuacji społecznych oraz publicznych wystąpień lub branie w nich udziału kosztem silnego lęku lub cierpienia (*distress*).
- Unikanie, lękowa antycypacja, przykre uczucie w budzących lęk sytuacjach społecznych lub w trakcie wystąpień publicznych znacząco wpływa na prawidłowe funkcjonowanie, pracę (naukę), życie towarzyskie, relacje z innymi lub uczucie znacznego niepokoju związane z objawami fobii.
- U osób <18 roku życia objawy muszą utrzymywać się co najmniej 6 miesięcy.
- Lęk lub unikanie nie są bezpośrednim skutkiem działania substancji psychoaktywnych (np. narkotyku, leku), następstwem choroby somatycznej ani innego zaburzenia psychicznego.

Jeśli rozpoznaje się chorobę somatyczną lub inne zaburzenie psychiczne, lęk opisany w pierwszym kryterium nie może być z nimi powiązany, tj. nie jest lękiem przed jękiem się, drżeniem spowodowanym chorobą Parkinsona, zaburzeniami odżywiania się w przypadku anoreksji czy bulimii psychicznej.

W klasyfikacji ICD-10 zawarto kryteria zaburzenia o nazwie „lęk społeczny w dzieciństwie”, którego objawy ujawniają się przed 6. rokiem życia i którego początek przypada na fazę rozwoju, w której tego typu reakcje lękowe uważa się za adekwatne.

Większość badań na temat fobii społecznej dotyczy dorosłych. Zainteresowanie fobią społeczną u dzieci i młodzieży znacząco wzrosło po opublikowaniu kryteriów tego zaburzenia w DSM-IV w 1994 roku.

Fobię społeczną nazwano „zaniedbanym zaburzeniem lękowym” [11, 12]. Czy jest tak istotnie? Czy utworzenie kryteriów diagnostycznych jest podstawą do rozpoznawania tego zaburzenia u coraz większej liczby osób? Kiedy kończy się „wrodzona nieśmiałość” a zaczyna zaburzenie psychiczne? Zaburzenie, które upośledza funkcjonowanie chorego, a więc wymaga leczenia - co dzieje się w przypadku nie podejmowania leczenia? Która z dostępnych metod leczenia jest najwłaściwsza w przypadku dzieci i osób w okresie dorastania? Można

mnożyć pytania na temat omawianego zaburzenia, tym bardziej, że poszczególnych jego objawów doświadcza wiele prawidłowo funkcjonujących osób.

Charakterystykę fobii społecznej u dzieci i młodzieży przedstawiono w tabeli 1.

2. Fobia społeczna, a lęk w sytuacjach społecznych

Fobia społeczna jest zatem określeniem zaburzenia psychicznego ujętego w psychiatrycznych kryteriach diagnostycznych. Bardzo często, zwłaszcza w piśmiennictwie dotyczącym wszystkich dziedzin nauki zajmujących się tematem zachowań ludzkich tj. psychologia społeczna, psychologia osobowości, psychologia rozwoju, psychofizjologia, psychologia kliniczna, psychologia zdrowia, psychologia sportu, psychologia porozumiewania się, socjologia, autorzy zajmują się psychologicznym pojęciem „lęk społeczny” (*social anxiety*) [7].

Antoni Kępiński w książce „Lęk” [13] za pomocą pojęcia „lęk społeczny” opisywał lęk przed innymi osobami odczuwany w innych zaburzeniach psychicznych, na przykład przez chorych na schizofrenię, pierwotnego źródła tego lęku poszukiwał „w pierwszych relacjach ze środowiskiem społecznym tj. w związku dziecka z matką”. Relacje z otoczeniem w koncepcji metabolizmu informacyjnego obrazował postawą „do” i „od”, przewagę jednej z nich uznawał zasadniczym elementem struktury życia psychicznego człowieka. Nazwa „lęk społeczny” w pracach Kępińskiego jest odmienna znaczeniowo od pojęcia lęku społecznego stosowanego obecnie w piśmiennictwie psychiatrycznym i psychologicznym.

W tłumaczeniu na język polski angielskiego terminu *social anxiety*, można zastosować wyrażenia „lęk związany z sytuacjami społecznymi” lub „zespół lęku społecznego” w odróżnieniu od pojęcia „lęk społeczny” spotykanego w pracach Profesora Kępińskiego.

W ujęciu psychologicznym można stwierdzić, że lęk w sytuacjach społecznych jako cecha występuje powszechnie w normalnym natężeniu, podobnie jak większość cech osobowościowych. Większość ludzi tylko czasami odczuwa umiarkowany poziom lęku w pewnych sytuacjach społecznych. Stosunkowo niewiele osób popada w sytuacje skrajne, nie doświadczając lęku w ogóle lub doświadczając go niezwykle intensywnie i tak często, że ich stan można zdiagnozować jako fobię społeczną. Większość dowodów wskazuje, że fobia społeczna jest skrajnym przejawem „normalnego” lęku w sytuacjach społecznych i że różnica między nimi sprowadza się do stopnia nasilenia. Z drugiej strony, według niektórych fobia społeczna różni się od lęku w sytuacjach społecznych w taki sposób, jak depresja kliniczna różni się od skrajnego smutku [7].

3. Symptomatologia fobii społecznej

Lęk w sytuacjach społecznych rozważa się w aspektach: 1. poznawczym, 2. emocjonalnym, 3. somatycznym i 4. behawioralnym.

Ad.1. objawy poznawcze: w myśleniu koncentracja głównie na trzech problemach: 1. rzeczywiste lub wyobrażone oceny i reakcje innych ludzi, 2. potencjalne negatywne konsekwencje tych reakcji, 3. własne wady i zachowania, które, zdaniem osób odczuwających lęk w sytuacjach społecznych, są przyczyną ich kłopotów (aspekt behawioralny).

Nadmierna koncentracja na sobie może następująco wpływać na procesy poznawcze: zmniejsza zainteresowanie danej osoby sygnałami z otoczenia, wpływa na odbiór i interpretację informacji, zwiększa prawdopodobieństwo pewnych zachowań takich jak na przykład wycofywanie się z kontaktów z otoczeniem.

Ad 2. lęk jest odczuwany subiektywnie jako uczucie napięcia, pobudzenia i niepokoju, towarzyszy mu często obniżenie nastroju

Ad 3. objawy fizjologiczne: niezależnie od przyczyn, lękowi towarzyszy pobudzenie autonomicznego układu nerwowego powodujące reakcje między innymi ze strony mięśni gładkich i gruczołów przejawiające się zaczerwienieniem twarzy, wzmożoną potliwością, zwiększeniem częstotliwości rytmu serca, zmianą częstotliwości oddechów i intensywności procesów trawiennych oraz drżeniem rąk lub całego ciała.

Ad 4. osoby cierpiące na fobię społeczną unikają sytuacji społecznych lub trwają w nich z uczuciem skrajnego zakłopotania. Odczuwają w sytuacjach społecznych lęk przed byciem ocenionym jako osoba zdenerwowana, słaba lub niemądra [7, 10].

4. Charakterystyka okresu dorastania

Okres dorastania trwa od 11.-18./19. roku życia. Głównymi zadaniami tego szczególnego okresu rozwoju psychicznego człowieka są: zakończenie procesu separacji i indywiduacji oraz określenie własnej szeroko pojmowanej tożsamości tzn. ustalenie tożsamości psychologicznej, psychoseksualnej, interakcyjnej, społecznej i ustalenie własnego systemu wartości [14]. W piśmiennictwie stosuje się podział okresu dorastania na fazę wczesną (11.-13. r. ż.), środkową (14.-16. r. ż.) i późną (17.-19. r. ż.). W pierwszej, wczesnej fazie omawianego okresu tempo i zakres zmian biologicznych, poznawczych i emocjonalnych są największe [15, 16]. W okresie dorastania istnieją już poznawcze warunki rozwoju lęku

pojawiającego się w sytuacjach społecznych, głównie jest to świadomość, że wygląd i zachowanie są podstawą oceny przez inne osoby oraz że osądy różnych osób mogą być odmienne. Wszyscy młodzi ludzie w okresie dorastania doświadczają w pewnym zakresie lęku w sytuacjach społecznych, jest to bowiem okres życia, w którym poszukiwanie własnego miejsca w systemie społecznym poza rodziną jest niezwykle istotnym, jednocześnie bardzo często lękotwórczym procesem. Oczywistym jest fakt, że nie u wszystkich poziom lęku jest patologiczny (np. w postaci fobii społecznej) [11].

5. Etiologia fobii społecznej

Pomimo zwiększającej się liczby doniesień na temat objawów fobii społecznej, mało wiadomo na temat przyczyn tego zaburzenia. Większość dostępnych badań dotyczących prawdopodobnych czynników etiologicznych to epidemiologiczne badania ryzyka rodzinnego występowania fobii społecznej, prospektywne badania noworodków i małych dzieci lub retrospektywne badania dorosłych polegające na opisie własnym pacjentów. Mimo różnic w szczegółach, większość modeli etiologicznych fobii społecznej opiera się na interakcji biologicznych i psychologicznych czynników ryzyka, wpływie stresu czy traumatycznych wydarzeń [17].

Czynniki psychologiczne i związane z wpływem środowiska rodzinnego

W przebiegu rozwoju wyraźne objawy lękowe najczęściej związane z lękiem separacyjnym i lękiem przed obcymi obserwuje się u dzieci w wieku 6 miesięcy do 3 lat. Świadomość „Ja” jest zasadniczym warunkiem wstępnym rozwoju fobii społecznej [11]. Według Buss i wsp. [18] zdolność do postrzegania innych osób jako obiekty społeczne oraz do odczuwania zawstydzenia pojawia się około 4. lub 5. roku życia. Szereg czynników środowiskowych w okresie wczesnego dzieciństwa może wpływać na rozwój omawianego zaburzenia. Dziecko może uczyć się przeżywania lęku obserwując lękowe reakcje rodziców i w ten sposób rozwijać takie same wzory zachowania unikającego. Ponadto, nadopiekuńczość rodziców może uniemożliwić dziecku ekspozycję na sytuacje społeczne, z którymi musi nauczyć się sobie radzić, w ten sposób dziecko nie ma możliwości rozwoju odpowiednich umiejętności, czego wynikiem będzie lęk i unikanie sytuacji społecznych [19]. Jednym z częściej obserwowanych objawów lękowych okresu późnego dzieciństwa i wczesnego okresu dorastania jest lęk związany z sytuacjami społecznymi i oceną innych osób. Niektórzy

autorzy uważają, że lęk o nasileniu kwalifikującym do rozpoznania fobii społecznej może ewoluować z lęku o stopniu nasilenia uznawanym za prawidłowy, spotęgowanego przez społeczne zadania we wczesnym okresie dorastania [11]. Na podstawie danych z analizy retrospektywnej przeprowadzonej przez Magee w oparciu o wyniki badania National Comorbidity Study w Stanach Zjednoczonych wiadomo, że do rozwoju fobii społecznej może dojść również pod wpływem narażenia na traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie. Autor wymienia dwie sytuacje mające szczególny wpływ na rozwój fobii społecznej. Jest to molestowanie seksualne przez członka rodziny dziecka (dotyczy to zwłaszcza dziewcząt oraz przypadków fobii rozpoczynającej się przed 12. r.ż.) oraz agresja słowna rodziców dziecka [20].

W badaniach nad psychologicznymi czynnikami rozwoju fobii społecznej dużą uwagę przywiązuje się do czynników związanych z temperamentem, w znacznej ich części skoncentrowano się na zahamowaniu behawioralnym (*behavioral inhibition* - BI). BI opisane przez Kagana i wsp. [21] odnosi się do stylu usposobienia charakteryzującego się niechęcią do interakcji oraz unikaniem nieznanych miejsc, ludzi lub przedmiotów. U niemowląt BI typowo objawia się drażliwością, u małych dzieci nieśmiałością i lękliwością, u dzieci w wieku szkolnym ostrożnością, małomównością i introwersją. BI obejmuje zarówno reakcje dotyczące zachowania, jak i reakcje fizjologiczne [21]. W badaniu przeprowadzonym przez Haywarda i wsp. wykazano, że u młodzieży, u której stwierdzono w dzieciństwie zahamowanie behawioralne, ryzyko wystąpienia fobii społecznej było 4-5 razy większe niż w populacji młodzieży, u której nie obserwowano BI w dzieciństwie. Zgromadzone do tej pory dane wskazują, że w okresie dorastania BI dziecka może predysponować je do rozwoju znacznie nasilonego lęku w sytuacjach społecznych, niemniej jednak, aby jednoznacznie uznać BI za czynnik wyzwalający rozwój fobii społecznej niezbędne jest przeprowadzenie dalszych długotrwałych badań [11]. Heiser i wsp. przedstawili wyniki wskazujące na to, że pomimo istotnej korelacji pomiędzy stopniem nieśmiałości a obecnością fobii społecznej, zaburzenie to nie jest po prostu znacznie nasiloną nieśmiałością [22].

Według Black i Uhde (1995) wczesną formą fobii społecznej może być mutyzm wybiórczy w dzieciństwie [za 23]. W badaniu tym, obejmującym dzieci z mutyzmem wykazano, że prawie wszystkie z nich spełniały kryteria diagnostyczne fobii społecznej (wiele z objawów mutyzmu to również charakterystyczne objawy fobii społecznej tj. uczucie silnego niepokoju w sytuacjach społecznych, unikanie tych sytuacji czy lęk przed rozmową z nieznanymi). Ponadto bardzo duży odsetek współwystępowania obu zaburzeń (90-100%) oraz identyczny wiek, w którym stwierdzano początek obu zaburzeń w przypadkach, gdy te

zaburzenia współwystępowały ze sobą, skłoniły badaczy do postawienia hipotezy, że mutyzm wybiórczy można by traktować jako wariant fobii społecznej. Obserwacje kliniczne i nowe opublikowane dane nie potwierdzają jednak w pełni omawianych wniosków: na przykład Yeganeh i wsp. na podstawie niedawno przeprowadzonego badania dotyczącego współwystępowania mutyzmu wybiórczego i fobii społecznej nie stwierdzili jednoznacznych związków między omawianymi zaburzeniami, potwierdzili natomiast, że dzieci z mutyzmem selektywnym często spełniają kryteria fobii społecznej [24].

Przez wiele lat badacze lęku w sytuacjach społecznych koncentrowali się wyłącznie na problemie różnic indywidualnych w podatności na ten rodzaj lęku. Duży poziom lęku przypisywano brakowi umiejętności społecznych, negatywnej samoocenie lub procesom warunkowania. W poznawczych koncepcjach lęku w sytuacjach społecznych podkreśla się rolę nadmiernej koncentracji na sobie. Schenkler i Leary (1982) zaproponowali psychospołeczne wyjaśnienie zarówno lęku w sytuacjach społecznych, jak i różnic indywidualnych w jego odczuwaniu - teorię autoprezentacyjną, która mówi, że uczucie lęku powstaje wówczas, gdy powstaje motywacja do wywierania pożądanego wrażenia przy jednoczesnych wątpliwościach co do spełnienia takiego zamiaru. Zgodnie z tym założeniem lęk w sytuacjach społecznych stanowi funkcję dwóch czynników: motywacji do manipulowania wrażeniem innych osób oraz subiektywnej oceny szansy powodzenia tych zabiegów. Nadmierna koncentracja na sobie, która towarzyszy lękowi w sytuacjach społecznych może w trojaki sposób wpływać na procesy poznawcze i zachowanie: 1. zmniejsza zainteresowanie danej osoby sygnałami z otoczenia, 2. wpływa na odbiór i interpretację informacji, 3. zwiększa prawdopodobieństwo pewnych zachowań- ludzie skupiający się na swoich negatywnych cechach mają tendencję do wycofywania się z kontaktów z innymi [7].

Wobec złożoności czynników etiologicznych fobii społecznej i różnorodnej ich oceny przez różnych autorów Stein i wsp. postawili niedawno hipotezę, że objawy lęku w sytuacjach społecznych oraz fobię społeczną można interpretować w następujących płaszczyznach: 1. spektrum lęku społecznego i zachowania unikającego (*spectrum of social fear and avoidance*), 2. spektrum obaw o wygląd własnego ciała (*spectrum of body-focused concerns*), 3. spektrum zaburzeń lękowych i zaburzeń nastroju (*spectrum of anxiety disorders and affective dysfunction*) oraz 4. spektrum deficytów społecznych (*social deficits*). Wyróżnione powyżej obszary lęku społecznego posłużyły do stworzenia pojęcia „spektrum zaburzeń związanych z lękiem społecznym” (*the social anxiety disorder spectrum*), którego znaczenie kliniczne wymaga weryfikacji w dalszych badaniach [25, 26].

Czynniki patofizjologiczne

Przeprowadzono stosunkowo niewiele badań na temat roli czynników patofizjologicznych w rozwoju fobii społecznej u dorosłych, ponadto nie można ich bezpośrednio ekstrapolować na populację dzieci i młodzieży. Bell i wsp. stwierdzili, że w przeprowadzonych dotychczas badaniach nie wyodrębniono zdecydowanie nieprawidłowości neurobiologicznych u osób z fobią społeczną. Może być tak, że zakres udziału tych czynników w rozwoju fobii społecznej mieści się pomiędzy obserwowanym u osób zdrowych, a tym u osób z napadami paniki [27].

W sytuacjach społecznych chorzy na fobię społeczną doświadczają objawów związanych z pobudzeniem wegetatywnego układu nerwowego, takich jak zaczerwienie twarzy, zwiększona częstotliwość rytmu serca, uczucie pulsowania w skroniach związane ze wzrostem ciśnienia krwi, nadmierna potliwość i zwiększenie częstości oddychania. Niemniej jednak dotychczas przeprowadzono niewiele badań na temat funkcjonowania autonomicznego układu nerwowego u osób z fobią społeczną, a ponadto ich rezultaty nie są na tyle jednoznaczne, aby można było sformułować spójną koncepcję dotyczącą patogenezy tego zaburzenia [11].

W badaniach dotyczących neurobiologicznych aspektów zaburzeń lękowych dużą rolę przypisuje się konkretnym substancjom chemicznym, takim jak mleczan sodu, dwutlenek węgla, adrenalina, pentagastryna i kofeina, pod wpływem których dochodzi do powstania reakcji lękowych. Próby z użyciem tych substancji dotyczyły głównie lęku napadowego, a zwłaszcza wywoływania napadów paniki [27]. W badaniach obejmujących dorosłych chorych na fobię społeczną nie wykazano szczególnie nieprawidłowych reakcji na działanie mleczanu i adrenaliny, wykazano natomiast niewielką nadwrażliwość na pentagastrynę, dwutlenek węgla i kofeinę.

Uwaga wielu badaczy zajmujących się neurobiologicznymi podstawami zaburzeń psychicznych skoncentrowana jest na ciałach migdałowatych, obszarze układu limbicznego uczestniczącym w analizie bodźców środowiskowych pod kątem ich znaczenia emocjonalnego oraz regulującym czynności wegetatywne i reakcje motywacyjno-popędowe. Na podstawie badań na zwierzętach zaproponowano, że u osób z fobią społeczną ciała migdałowate charakteryzuje „zwiększona wrażliwość” [28]. Według Kagana [29] „nadwrażliwość neuronalna” w obrębie kręgów funkcjonalnych w ciałach migdałowatych może być odpowiedzialna za zahamowanie behawioralne u dzieci. W dwóch badaniach przeprowadzonych metodą czynnościowego rezonansu magnetycznego (fMRI) stwierdzono

nasiloną aktywację neuronów w ciałach migdałowatych u dorosłych chorych na fobię społeczną po skojarzeniu bodźca neutralnego z negatywnym, natomiast u osób zdrowych obserwowana aktywność neuronów po zastosowaniu tego samego bodźca była zmniejszona. Przeprowadzone badania obejmujące dorosłych wstępnie potwierdziły model „nadwrażliwości” ciał migdałowatych, niemniej jednak nie zbadano bezpośrednio zależności pomiędzy czynnością ciała migdałowatego, a BI czy fobią społeczną u dzieci [11]. W próbach wyjaśnienia udziału neuroprzekaźników w patogenezie fobii społecznej badacze zwracają uwagę na znaczenie układów serotonergicznego, dopaminergicznego i adrenergicznego [28, 30, 25]. Wyniki badania Tancera i wsp. [31] wskazują na to, że u pacjentów z fobią społeczną obserwuje się zaburzenia regulacji układu serotonergicznego polegające na nadwrażliwości receptora postsynaptycznego dla serotoniny (doustne podawanie fenfluraminy powodowało m.in. nasilenie lęku). Z kolei w nowszych badaniach [32] z wykorzystaniem PET wykazano zmniejszony wychwyt zwrotny dopaminy w obrębie prążkowie u pacjentów z fobią społeczną. Podjęto również próby badań związku zaburzeń endokrynologicznych i fobii społecznej, niemniej do tej pory nie stwierdzono istotnych różnic w działaniu osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej, podwzgórzowo-tarczycowej i roli hormonu wzrostu u chorych na fobię społeczną oraz u osób zdrowych [27, 33].

Podsumowując, badania nad patofizjologią fobii społecznej rozpoczęto niedawno, nowe metody badań (MRI, PET, SPECT) wydają się być obiecującymi technikami służącymi do weryfikacji hipotez dotyczących patofizjologii omawianego zaburzenia [27, 28].

Czynniki genetyczne

Badania bliźniąt są klasycznym modelem klinicznym służącym do oceny genetycznych i środowiskowych przyczyn chorób. Niestety, chociaż dane z niewielu takich badań dotyczących fobii społecznej wskazują, że odsetek zachorowań na fobię społeczną przez oba bliźnięta jest większy w przypadku bliźniąt jednojajowych niż dwujajowych (24,4% względem 15,5%; za [17]), trudno jest wyciągnąć na ich podstawie jednoznaczne wnioski. Więcej badań bliźniąt dotyczy czynników genetycznych i wpływu środowiska rodzinnego na nieśmiałość i zahamowanie behawioralne [25]. W kilku badaniach wykazano występowanie rodzinne tylko podtypu uogólnionej fobii społecznej [25, 34, 35]. Niektórzy autorzy sugerują, że być może dziedziczona jest podatność na lęk w sytuacjach społecznych, a nie samo zaburzenie. Zakłada się, że genów związanych z fobią społeczną należy poszukiwać wśród genów kodujących strukturę neuroprzekaźników i ich receptorów biorących udział w reakcjach lękowych, przede wszystkim związanych z układem serotonergicznym i

dopaminergicznym [25]. Furmark i wsp. [36] wykazali, że polimorfizm genetyczny białka transportującego serotoninę u człowieka jest związany ze stopniem nasilenia objawów fobii społecznej i „nadwrażliwością” ciał migdałowatych u pacjentów z fobią społeczną. Według najnowszych doniesień znaleziono również związek pomiędzy obecnością genu kodującego białko transportujące norepinefrynę zlokalizowanego na chromosomie 16 a ryzykiem wystąpienia fobii społecznej [37]. Badania obejmujące rodziny wykazały, że u osób blisko spokrewnionych z chorymi na fobię społeczną ryzyko zachorowania na fobię społeczną oraz inne zaburzenia lękowe jest istotnie większe [25]. Stwierdzono, że krewni pierwszego stopnia osób z fobią społeczną dotknięci są tym samym zaburzeniem około trzy razy częściej niż krewni osób bez zaburzeń psychicznych, natomiast w badaniu Fyera i wsp. [34] ryzyko rozwoju fobii społecznej u krewnych chorych na to zaburzenie oszacowano na 16%, a u osób, u których krewnych nie występowały zaburzenia psychiczne, ryzyko wynosiło 5%. Jednocześnie wykazano, że czynniki środowiskowe stanowią prawie dwie trzecie czynników odpowiedzialnych za rozwój fobii społecznej (1/3 tworzą czynniki genetyczne) [11, 30, 38]. Podsumowując, czynnikom genetycznym przypisuje się aktualnie umiarkowane znaczenie w etiologii fobii społecznej, podkreślając jednocześnie duży wpływ czynników środowiskowych.

6. Epidemiologia fobii społecznej

Badanie rozpowszechnienia chorób polega na określeniu częstości występowania chorób (zapadalność, chorobowość) w całej populacji lub w poszczególnych jej podgrupach (według wieku, płci, zawodu, miejsca zamieszkania) oraz zmierzenie odpowiednich szkód zdrowotnych w postaci niezdolności do pracy i inwalidztwa. Przez rozpoznanie choroby rozumie się określenie nie tylko jej początku i zakończenia, ale także jej zdefiniowanie i sklasyfikowanie [39].

W badaniach epidemiologicznych wykazano, że fobia społeczna jest najczęstszym zaburzeniem lękowym w USA, dotyczy od kilku do kilkunastu procent populacji w różnych okresach w ciągu całego życia [6, 17]. W badaniach europejskich wykazano, że częstość występowania fobii społecznej w ciągu całego życia wynosi 9,6-16% [6]. W badaniu National Comorbidity Survey przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych chorobowość w ciągu całego życia (*lifetime prevalence*) na fobię społeczną w populacji dorosłych wynosiła 13,3% [40], a w badaniu przeprowadzonym we Francji - 14,4% [41]. Niedawno przeprowadzone badania wskazują, że rozpowszechnienie fobii społecznej u młodzieży w USA [42] i w

Niemczech [43] wynosi 5-15%. Według Beidel i wsp. fobię społeczną istotnie częściej rozpoznaje się u dziewcząt. Stosując kryteria DSM-III-R ustalono, że fobia społeczna dotyczy około 1% ogólnej populacji dzieci. Niemniej jednak, w świetle danych pochodzących z przeprowadzonego w USA badania National Comorbidity Study oraz wobec zmian kryteriów diagnostycznych zawartych w DSM-IV można sądzić, że omawiane zaburzenie rozpoznaje się zbyt rzadko [17, 40]. W badaniu przeprowadzonym w Polsce obejmującym młodzież szkół średnich objawy lęku w sytuacjach społecznych stwierdzono aż u 24% badanych [44]. Według Kagana i wsp. u około 50% populacji młodzieży obu płci w wieku 12-17 lat stwierdzono objawy lęku, w co najmniej jednym rodzaju sytuacji społecznych [21]. Z kolei w badaniu epidemiologicznym Wittchena i wsp. stwierdzono chorobowość dotyczącą fobii społecznej w ciągu całego życia w populacji osób w wieku 14–24 lat rzędu 9,5% u kobiet i 4,9% u mężczyzn [11, 43].

W przeciwieństwie do większości innych zaburzeń lękowych oraz zaburzeń nastroju w przypadku fobii społecznej udowodniono, że rozpoczyna się we względnie wczesnym okresie życia. Początek fobii społecznej ma miejsce średnio w wieku 15,5 lat [45]. Według Last i wsp. średni wiek, w którym najczęściej rozpoczyna się fobia społeczna mieści się w przedziale 11 ± 3 i 12 ± 3 lat [46, 47]. Dlatego fobia społeczna staje się typowym problemem wczesnej fazy dorastania wymagającym uwagi w praktyce klinicznej i badaniach obejmujących młodzież w tym przedziale wiekowym. Opisano również to zaburzenie u dzieci w wieku 8 lat [17].

Potwierdzono, że fobia społeczna jest zaburzeniem trwającym przewlekłe zwykle od okresu dorastania do dorosłości, często upośledzającym funkcjonowanie chorych [6, 8, 10, 11, 17, 30, 44, 48]. Trudności w codziennym funkcjonowaniu chorych na fobię społeczną według niektórych autorów są tak samo nasilone jak u chorych na depresję czy lęk napadowy [49].

7. Podtypy fobii społecznej u dzieci i młodzieży

Wyróżnia się dwa rodzaje fobii społecznej: swoistą i uogólnioną. Fobia społeczna swoista dotyczy lęku ograniczonego do jednego rodzaju sytuacji społecznej, (np. występowanie przed publicznością), natomiast w przypadku fobii społecznej uogólnionej lęk pojawia się również w wielu innych sytuacjach społecznych [35]. Stwierdzono, że u chorych z fobią społeczną uogólnioną częściej współwystępują inne zaburzenia psychiczne, istnieje

większe ryzyko popełnienia samobójstwa oraz częściej obserwuje się gorsze funkcjonowanie społeczne (np. trudności w znalezieniu zatrudnienia czy założeniu rodziny) [6, 48].

Uważa się, że u dzieci fobia społeczna ma raczej postać uogólnioną. W badaniu Hofmanna i wsp. (1999) 45,5% badanych potwierdziło lęk przed wszystkimi wymienionymi kategoriami sytuacji (tj. rozmowy formalne/ interakcje, rozmowy nieformalne/ interakcje, bycie obserwowanym przez innych i domaganie się uznania). Stwierdzono, że u dorastających młodych ludzi z uogólnioną fobią społeczną częściej obserwuje się współwystępowanie objawów psychopatologicznych bądź są oni bardziej podatni na rozwój współwystępujących zaburzeń lękowych i zaburzeń nastroju w późniejszych latach życia [50].

Wittchen i wsp. przeprowadzili badanie obejmujące populację 3021 osób (chorych na fobię społeczną oraz osób bez fobii społecznej) w wieku 14-24 lat. 50% spośród osób z fobią społeczną uogólnioną i 19% z grupy osób z fobią społeczną swoistą podało początek objawów zaburzenia przed 12. rokiem życia. Stwierdzono, że osoby z fobią społeczną uogólnioną częściej doświadczały trudności w pracy, szkole, w zakresie obowiązków domowych, natomiast nie stwierdzono różnicy w zakresie jakości spędzania wolnego czasu. W omawianym badaniu, u osób z fobią społeczną uogólnioną obserwowano również częstsze współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych (tj. inne zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju, zaburzenia jedzenia i uzależnienie od nikotyny), które zwiększało się wraz z wiekiem chorych. W omawianej grupie chorych częściej niż w grupie osób z fobią społeczną specyficzną stwierdzano w wywiadzie zahamowanie behawioralne, długotrwały okres separacji z jednym z rodziców w dzieciństwie lub wczesnej fazie dorastania oraz zaburzenia psychiczne u rodziców [11, 43]. Wpływ fobii społecznej na funkcjonowanie chorych przedstawiono w tabeli 2.

8. Współwystępowanie fobii społecznej z innymi zaburzeniami psychicznymi

U dzieci i młodzieży częściej obserwuje się współwystępowanie zaburzeń niż pojedyncze „czyste” zaburzenia psychiczne [11]. Stwierdzono duże odsetki współwystępowania fobii społecznej z innymi zaburzeniami lękowymi oraz zaburzeniami nastroju (Tab. 3). W przypadku zaburzeń lękowych i depresyjnych u dzieci i młodzieży istnieje hipoteza o ich nierozdzielności. Wśród najczęściej współwystępujących z fobią społeczną zaburzeń wymienia się fobie specyficzne, napady paniki, zespół lęku uogólnionego, zaburzenia depresyjne oraz uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych [51]. Fobia społeczna u dzieci i młodzieży często poprzedza rozwój

zaburzeń z nią współwystępujących - najczęściej uzależnień od substancji psychoaktywnych, innych zaburzeń lękowych oraz zaburzeń depresyjnych [19, 33, 35, 52]. U chorych na fobię społeczną stwierdza się większe ryzyko popełnienia samobójstwa [33]. Współwystępowanie zaburzeń zwiększa ryzyko popełnienia samobójstwa. Schneier i wsp. wykazali, że częstość podejmowania prób samobójczych u osób, u których z fobią społeczną współwystępowały inne zaburzenia wynosiła 15,7% [49]. W badaniu Davidsona i wsp. odsetek chorych zgłaszających myśli samobójcze w grupie, w której fobia społeczna współwystępowała z jednym zaburzeniem wynosił prawie 40%, natomiast u osób, u których stwierdzano współwystępowanie fobii społecznej z dwoma lub większą liczbą zaburzeń zwiększał się do około 60% [53].

9. Konsekwencje fobii społecznej

Potwierdzono, że fobia społeczna jest zaburzeniem trwającym przewlekłe, zwykle od okresu dorastania do dorosłości, często prowadzącym do gorszego funkcjonowania chorych [11, 16, 19, 21, 35, 38, 42, 54]. U wielu chorych występuje w ciągu całego życia (zwłaszcza forma uogólniona). Do samoistnego ustąpienia zaburzenia dochodzi sporadycznie. U 30% dzieci i młodzieży unikających uczęszczania do szkoły rozpoznaje się fobię społeczną [55]. Stwierdzono również, że u dzieci z zaburzeniami lękowymi fobia społeczna najczęściej poprzedzała rozwój depresji. Znaczny odsetek (około 20-25%) dorastającej młodzieży, u której rozpoznano fobię społeczną używa alkoholu lub jest od niego uzależniony [10]. Davidson na podstawie przeglądu analiz epidemiologicznych stwierdził, że zaburzenia zachowania i ucieczki ze szkoły były często obrazem psychopatologii wieku dorastania pacjentów, u których w wieku dojrzałym rozpoznawano fobię społeczną. Ponadto sformułował hipotezę, że fobia społeczna rozpoczynająca się przed 11. rokiem życia jest niekorzystnym czynnikiem prognostycznym nieuleczalności tego zaburzenia w wieku dojrzałym [8]. Dorośli pacjenci z fobią społeczną uzyskują niższe wykształcenie oraz mniejsze dochody, mają większe trudności ze znalezieniem pracy, częściej są nieobecni lub spóźniają się do pracy, jak również częściej są z niej zwalniani [35]. Niemniej jednak należy pamiętać, że większość z prezentowanych powyżej doniesień ma charakter wstępny i opiera się na wynikach badań retrospektywnych.

10. Leczenie

W ostatnich latach w psychiatrii istnieje pogląd, że do rozpoznania zaburzenia psychicznego nie wystarcza rozpoznanie objawów psychopatologicznych, ale potrzebne jest również stwierdzenie nieumiejętności radzenia sobie z nimi przez pacjenta, prowadzącej do poczucia szeroko rozumianego cierpienia oraz gorszego funkcjonowania społecznego.

Fobia społeczna rozpoczyna się najczęściej w wieku dorastania i u wielu chorych występuje w ciągu całego życia (zwłaszcza forma uogólniona), sporadycznie dochodzi do samoistnego ustąpienia zaburzenia. Wiadomo, że obecnie mało osób chorych na fobię społeczną korzysta z pomocy specjalistów. Osoby ze swoistą fobią społeczną rzadko wymagają leczenia farmakologicznego, często skuteczna jest psychoterapia. Chorzy na uogólnioną fobię społeczną, u których dodatkowo stwierdza się inne zaburzenia psychiczne niewątpliwie ciągle jeszcze zbyt rzadko korzystają z profesjonalnych metod leczenia [35]. Zasadniczym celem leczenia dzieci i młodzieży z fobią społeczną jest poprawa jakości ich życia. Indywidualne podejście do pacjenta jest podstawową zasadą, jaką należy kierować się wybierając sposób leczenia. W zależności od rodzaju fobii społecznej, ewentualnego współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, sytuacji w środowisku rodzinnym czy dostępu do ośrodka terapeutycznego stosuje się różne rodzaje psychoterapii. Tak jak w przypadku pozostałych zaburzeń psychicznych okresu dorastania bardzo ważne miejsce ma terapia rodzinna. Zależnie od potrzeb stosuje się zarówno psychoterapię indywidualną jak i grupową. Jako skuteczne wymienia się sposoby konfrontacji z bodźcem, ćwiczenia interakcji i metody relaksacyjne zmniejszające lęk. Trudno na razie oceniać skuteczność klasycznych metod psychoterapeutycznych w leczeniu fobii społecznej z uwagi na to, że jest to zaburzenie wyodrębnione stosunkowo niedawno, ale zaburzenia traktowane obecnie jako fobia społeczna były i są leczone także psychoterapią psychodynamiczną [38]. W piśmiennictwie, zwłaszcza pochodzącym z USA, istnieje wiele danych na temat skuteczności tej metody leczenia [11, 33]. Według ekspertów Amerykańskiej Akademii Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997) leczenie fobii społecznej u osób młodych należy rozpoczynać od terapii poznawczo-behawioralnej. Nie zaleca się stosowania farmakoterapii jako jedynej metody leczenia tego zaburzenia u młodzieży [11].

Psychoterapia poznawczo-behawioralna

Z perspektywy tego rodzaju terapii lęk odczuwany w sytuacjach społecznych jest prawidłową i oczekiwaną emocją. Problem pojawia się, gdy jego nasilenie zaczyna

przekraczać spodziewany stopień powodując znaczne upośledzenie funkcjonowania w szkole, w domu, czy na płaszczyźnie towarzyskiej.

Terapia poznawczo-behawioralna obejmuje m.in. szczegółową psychoedukację i trening umiejętności społecznych. W ramach psychoedukacji udziela się informacji na temat lęku i bodźców lękowych, dostosowane do wieku zmiany schematów poznawczych dotyczą m.in. uczenia myślenia realistycznego, stosuje się techniki kontrolowanej ekspozycji na sytuacje lękowe. Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej oszacowano m.in. w badaniach z randomizacją obejmujących dzieci z zaburzeniami lękowymi takimi jak zachowanie unikające, fobia społeczna, lęk separacyjny oraz zespół lęku uogólnionego, w których wykazano ustąpienie objawów lękowych u około 60% dzieci. Należy jednak ostrożnie interpretować rezultaty badań obejmujących dzieci z niejednorodnym rozpoznaniem [11, 17]

Zaproponowano co najmniej dwa programy terapii behawioralnej stosowane w leczeniu fobii społecznej u dzieci i młodzieży:

1. CBGT-A (*Cognitive Behavioral Group Treatment for Adolescents*), który jest wersją CBGT dla dorosłych stosowaną u młodzieży w wieku 13-17 lat. W programie tym zawarto psychoedukację, trening umiejętności poznawczych oraz metody behawioralne [11].

2. SET-C (*Social Effectiveness Therapy for Children*), program dla dzieci w wieku 8-12 lat, w którym dzieci uczestniczą w sesjach treningu umiejętności społecznych, grupach rówieśniczych oraz ćwiczą techniki radzenia sobie z lękiem [54].

Farmakoterapia

Udowodniono skuteczność farmakoterapii fobii społecznej. Po raz pierwszy w leczeniu fobii społecznej u dorosłych zastosowano w latach 80. fenelzynę - nieselektywny inhibitor monoaminoooksydazy (*monoaminooxsydase inhibitor* - IMAO). Leki z tej grupy nie są stosowane w Polsce (szczególnie duże ryzyko działań niepożądanych). W latach 90. wykazano dużą skuteczność moklobemidu, który jest odwracalnym IMAO głównie typu A, stosuje się go do tej pory u dorosłych [8]. Prowadzi się również badania nad skutecznością gabapentyny i pregabaliny [45]. Największe znaczenie w leczeniu fobii społecznej mają selektywne inhibitory wychwytu serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitors* - SSRI), skuteczne i dobrze tolerowane leki, które w przypadku omawianego zaburzenia są obecnie uznanymi lekami z wyboru [33, 45]. Pierwszym lekiem z tej grupy zarejestrowanym przez FDA w 1998 roku do leczenia fobii społecznej była paroksetyna, wykazano również skuteczność sertraliny i fluwoksaminy [56]. W początkowym okresie leczenia fobii społecznej można stosować przez krótki okres pochodne benzodiazepiny. W przypadku fobii

społecznej swoistej (w postaci lęku ograniczonego do występowania przed publicznością) wykazano skuteczność działania beta-blokerów. Leków tych nie stosuje się w leczeniu uogólnionej postaci fobii społecznej [8].

W wielu krajach prowadzi się badania nad bezpieczeństwem stosowania leków z grupy SSRI u dzieci i młodzieży [33, 57]. Wnioski z tych badań wskazują na skuteczność sertraliny w krótkotrwałym leczeniu fobii społecznej u młodzieży we wczesnej i późniejszych fazach dorastania [57], niemniej do oceny tolerancji i skuteczności leku konieczne są dalsze badania długoterminowe.

W Polsce żaden z leków z grup SSRI czy IMAO nie został zarejestrowany do leczenia fobii społecznej u dzieci.

II. CEL PRACY

Wobec niewielkiej liczby doniesień dotyczących występowania fobii społecznej u dzieci i młodzieży w Polsce zaplanowano przesiewowe badanie epidemiologiczne populacji dzieci szkół krakowskich dotyczące tego zagadnienia. W tym celu w pierwszym etapie badania podjęto próbę adaptacji do warunków polskich skali *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C™) – kwestionariusza stosowanego obecnie w wielu krajach do rozpoznawania fobii społecznej u dzieci, zarówno w warunkach klinicznych, jak i w badaniach przesiewowych, będącego wersją kwestionariusza SPAI™ używanego do oceny fobii społecznej u dorosłych.

Celem badania była po pierwsze ocena rozpowszechnienia fobii społecznej w nieleczzonej populacji młodzieży we wczesnej fazie dorastania, a po drugie, jakościowy opis profilu badanego zaburzenia i jego współwystępowania z depresją w polskiej populacji. Zaplanowano przesiewowe badanie epidemiologiczne, które przeprowadzono w ramach programu badawczego na temat stanu zdrowia psychicznego młodzieży w Krakowie (KBN 3P05D03922).

III. MATERIAŁ i METODY

1. Badana populacja

W roku szkolnym 2002/2003 przeprowadzono badanie epidemiologiczne. Badaną grupę stanowiły 12-latki, uczniowie szóstych klas szkół podstawowych w Krakowie.

Badana grupa została wybrana losowo spośród całej populacji uczniów klas szóstych szkół krakowskich. Zastosowano losowanie zależne, grupowe, w wariancie proporcjonalnym, które można uznać za jednostopniowe [58]. Rozlosowano osobno szkoły państwowe i prywatne, proporcjonalnie z poszczególnych regionów Krakowa (15 z 42 szkół dzielnic południowych, 17 z 48 szkół dzielnic zachodnich i 13 z 36 szkół dzielnic wschodnich). Losowy rozkład wyodrębnionych szkół potwierdzono testem Walda-Wolfowitza. Uzyskanie zgody rodzica było warunkiem koniecznym uczestnictwa w badaniu. W trakcie samego procesu przeprowadzania badania, ankieterzy sporadycznie spotykali się z odmową odpowiedzi na niektóre pytania, jak również odmową zamieszczenia danych osobowych ze strony ankietowanej młodzieży.

Spośród populacji szacowanej na około 7200 osób wylosowano grupę około 2500, z których ostatecznie w badaniu wzięło udział 1151 nastolatków. Pozostali wylosowani 12-latkowie nie wzięli udziału w badaniu głównie z powodu braku zgody rodziców, rzadziej samych ankietowanych oraz nieobecności w szkole w dniu badania.

W badaniu posłużono się następującymi narzędziami:

1. Kwestionariuszem *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C) utworzonym przez autorów amerykańskich (Beidel, Turner i Morris). Od autora oraz posiadacza praw autorskich kwestionariusza SPAI-C uzyskano zgodę na przetłumaczenie i zastosowanie w badaniu.
2. Kwestionariuszem *Krakowski Inwentarz Depresyjny* (KID) wersja IO„B1”.

2. Kwestionariusz *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children*

Zbliżona do wersji dla dorosłych skala *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* [59, 60] jest doświadczalnie utworzonym narzędziem badawczym składającym się z 26 pozycji służącym do rozpoznawania lęku u dzieci związanego z różnorodnymi,

właściwymi dla danego wieku sytuacjami społecznymi, opartym na objawach podawanych przez osobę badaną (*self-report*).

Zastosowanie skali SPAI-C umożliwia różnicowanie fobii społecznej z innymi zaburzeniami lękowymi u dzieci. Analiza czynnikowa daje możliwość oceny objawów niepokoju w sytuacjach wystąpień publicznych, codziennych kontaktach międzyludzkich oraz w sytuacjach wymagających asertywności. W oryginale autorzy za pomocą skali SPAI-C ocenili trzy czynniki: [F1] asertywność i trudności w komunikacji spowodowane lękiem, [F2] lęk związany z codziennymi sytuacjami społecznymi (towarzyskimi), [F3] lęk związany z występowaniem przed publicznością. Wartości tych czynników dla dzieci zdrowych i z fobią społeczną zestawiono w Tabeli 1. na podstawie badania Beidel i wsp. z 1995 roku [59].

Przeprowadzono badania dotyczące wpływu płci i wieku badanych dzieci na wynik analizy wykonanej w oparciu o SPAI-C. Obserwowano nieznaczną różnicę (3-4%) w zakresie średniej liczby punktów u chłopców i dziewczynek, lecz kliniczne znaczenie tej różnicy wymaga dodatkowych badań. Nie zaleca się stosowania skali SPAI-C u dzieci w wieku poniżej 9 lat. U osób powyżej 14 roku życia zaleca się stosowanie wersji dla dorosłych – SPAI [60].

Ponieważ fobia społeczna może współwystępować z szeregiem zaburzeń psychicznych kwestionariusz SPAI-C stał się cennym narzędziem służącym do rozpoznawania fobii społecznej na przykład w populacji dzieci z depresją, zaburzeniami jedzenia czy z zespołem nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi. Ponadto może mieć istotne znaczenie w badaniu młodzieży uzależnionej od substancji psychoaktywnych (w piśmiennictwie dobrze udokumentowano, że istnieje duże prawdopodobieństwo współwystępowania tego typu zaburzeń z fobią społeczną).

Tabela 1. Średnie wartości wyników w skalach czynnikowych w grupach dzieci z rozpoznaniem lęku społecznego (A) i dzieci zdrowych (B).

	A	B	p (A vs. B)
F1	11,16±3,59	5,83±4,46	<0,0005
F2	6,96±3,44	3,38±3,05	<0,0005
F3	7,33±2,76	3,72±2,63	<0,0005

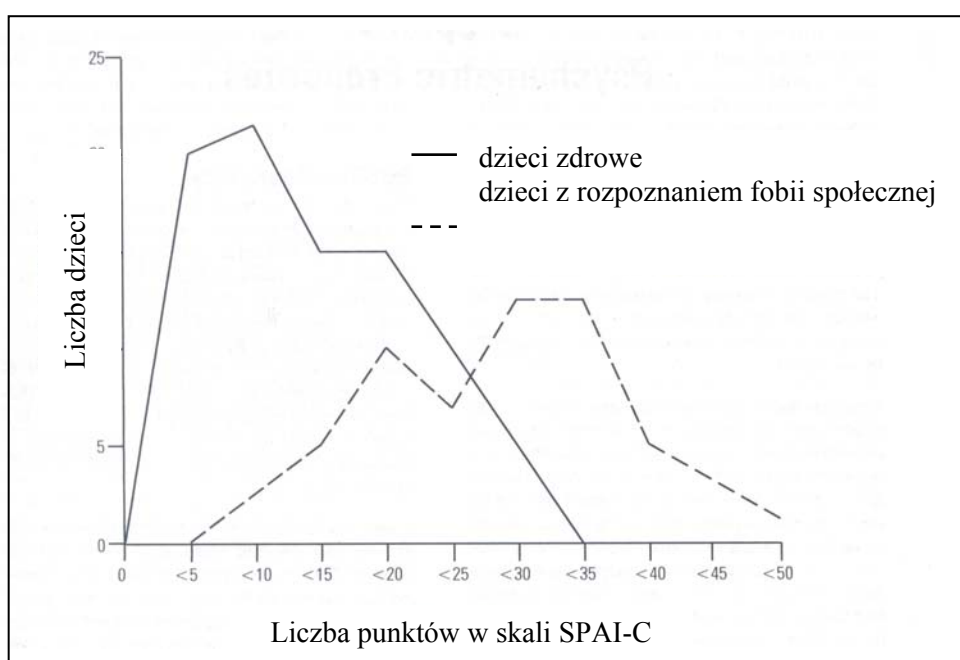
Badania dotyczące dzieci z zaburzeniami lękowymi, odmawiającymi uczęszczania do szkoły wykazały, że w około 30% jest to związane z występowaniem fobii społecznej. Często stawia się rozpoznanie zaburzenia zachowania nie identyfikując lęku społecznego. Dlatego skala SPAI-C może być cennym narzędziem przesiewowym stosowanym w szkołach do rozpoznawania lęku społecznego i jego roli w występowaniu trudności szkolnych.

Oprócz stosowania w celach diagnostycznych i przesiewowych kwestionariusz SPAI-C można używać do określania specyficznych parametrów zaburzenia oraz postępów w leczeniu. W grupie dzieci, u których na podstawie SPAI-C rozpoznano fobię społeczną, ponowne zastosowanie testu po okresie leczenia wykazało, iż 76% dzieci nie spełniało kryteriów fobii społecznej, co oznacza że skala jest przydatna w ocenie odpowiedzi na leczenie [60].

Psychometryczne własności skali SPAI-C (za Beidel, Turner, Morris, 2000 [60]).

Skala posiada dobrą krótkoterminową i poprawną długoterminową stałość (inaczej *test-retest reliability* = *rzetelność retestowa*). Współczynnik stałości krótkoterminowej obliczony na podstawie ponownie zastosowanego kwestionariusza SPAI-C po 2 tygodniach w tej samej grupie badanych wyniósł $r=0,86$ ($p<0,001$), a współczynnik stałości długoterminowej oceniony po 10 miesiącach wyniósł $r=0,63$ ($p<0,01$).

Rysunek 1. Rozkład liczby punktów obserwowanych u dzieci zdrowych i z rozpoznaniem fobii społecznej (Beidel i wsp., 2000) [60].



Skala SPAI-C posiada doskonałą zgodność wewnętrzną (*internal consistency*) - w zależności od badania współczynnik alfa Cronbacha wynosił od 0,92 do 0,95. Liczba punktów w górnym zakresie skali świadczy o występowaniu fobii społecznej, natomiast u dzieci bez tego zaburzenia obserwuje się małą liczbę punktów (rys. 1). W kwestionariuszu stosowanym jako narzędzie do badań przesiewowych liczba punktów równa lub większa od 18 oznacza możliwość rozpoznania fobii społecznej.

Skala SPAI-C posiada doskonałą zgodność wewnętrzną (*internal consistency*) - w zależności od badania współczynnik alfa Cronbacha wynosił od 0,92 do 0,95. Liczba punktów w górnym zakresie skali świadczy o występowaniu fobii społecznej, natomiast u dzieci bez tego zaburzenia obserwuje się małą liczbę punktów (rys. 1). W kwestionariuszu stosowanym jako narzędzie do badań przesiewowych liczba punktów równa lub większa od 18 oznacza możliwość rozpoznania fobii społecznej.

Wstępne badania potwierdzają trafność (*validity*) skali SPAI-C. Trafność skali odnosi się do dokładności, z jaką dane narzędzie mierzy wskazaną cechę. Proces ustalania trafności skali trwa na ogół kilka lat. Zdolność skali do różnicowania grup klinicznych z danym zaburzeniem od osób zdrowych oraz z innymi zaburzeniami określana jest jako trafność różnicowa (*discriminant validity*). Trafność zewnętrzna albo kryterialna (*external validity*) odnosi się do stopnia, w jakim liczba punktów w danym narzędziu badawczym koreluje z innym sposobem oceny. Zaobserwowano dodatnią korelację z innymi kwestionariuszami dotyczącymi zbliżonych lecz nie identycznych rodzajów lęku.

W większości badań dotyczących skali SPAI-C oceniano również trafność diagnostyczną (*concurrent validity*) [poprzez porównanie korelacji z innym sposobem oceny tej samej cechy] oraz inne rodzaje trafności tj.: trafność prognostyczną (*predictive validity* – przewidywanie przyszłego zachowania na podstawie aktualnego zachowania) i trafność zbieżną (*convergent validity* - ocenia stopień korelacji pomiędzy sposobem oceny a teoretycznie istotnymi innymi zmiennymi). Podsumowując, skala SPAI-C pozwala na rozpoznawanie fobii społecznej w różnych sytuacjach (tj. w warunkach klinicznych, szkolnych, w badaniach przesiewowych itp.) dostarczając wyników charakteryzujących się dobrą trafnością i znakomitą stałością.

3. Kwestionariusz *Krakowski Inwentarz Depresyjny* (KID) wersja IO,„B1”

Wersja IO,„B1” KID została opracowana przez Bombę i wsp. w ramach programu „Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych o obrazie depresyjnym u dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 19 lat (1981-85)”. Kwestionariusz IO,„B1” KID został opisany w 1982 roku [61]. IO,„B1” jest adresowany dla przesiewowej diagnozy depresji u młodzieży we wczesnej fazie dorastania. Badanie za pomocą IO,„B1” jest samooceną polegającą na rozwiązaniu pytań kwestionariusza z możliwością wyboru opcji „tak” lub „nie”. Przydatność tego kwestionariusza sprawdzono w badaniach pilotowych w oparciu o wyniki bezpośredniego badania klinicznego. Wskaźnik rzetelności wyniósł 0,9404, a wskaźnik trafności 0,5344. Kwestionariusz składa się ze 104 stwierdzeń, które dotyczą objawów psychopatologicznych zgrupowanych w następujących wymiarach: skala A zaburzeń nastroju (15 pytań), skala B lęku (17 pytań), skala C zaburzeń poznawczych (13 pytań), skala D zaburzeń aktywności (15 pytań), skala E przejawów autodestrukcji (13 pytań) i skala F objawów somatycznych (16 pytań). Pozostałych 15 pytań tworzy skalę kontrolną.

Normalizacji wersji IO,„B1” dokonano przekształcając wyniki surowe na steny. Ogólny surowy wynik więcej niż 26 pozytywnych odpowiedzi w skalach diagnostycznych lub wyrażony w skali stenowej i mieszczący się w zakresie 7-10 pozwala na przesiewowe rozpoznanie depresji. Wynik z zakresu 7-10 stena w pojedynczych skalach pozwala na przesiewowe rozpoznanie patologicznego nasilenia poszczególnych wymiarów objawowych.

4. Opracowanie statystyczne

W pracy zastosowano następujące analizy i metody statystyczne:

- Analiza pozycji kwestionariusza fobii społecznej (wartości średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowych, moc dyskryminacyjna pozycji, ich wpływ na rzetelność – zgodność wewnętrzną określaną za pomocą współczynnika α Cronbacha).
- Obliczenie rzetelności (zgodności wewnętrznej - α Cronbacha dla skali fobii społecznej i podskal czynnikowych).
- Zredukowana analiza głównych składowych, z rotacją VARIMAX i normalizacją Kaisera 26 pozycji kwestionariusza fobii społecznej z obliczeniem wyników czynnikowych metodą regresji. Do określenia liczby składowych zastosowano kryterium wartości własnej ≥ 1 oraz test osypiska („*scree test*” Cattella). Rzetelność międzypopulacyjną czynników określano obliczając współczynniki korelacji rang ρ Spearmana między ładunkami czynnikowymi

pozycji kwestionariusza u chłopców i dziewcząt. W celu sprawdzenia obecności czynnika ogólnego wykonano zredukowane analizy głównych składowych z rotacjami: ukośną DIRECT OBLIMIN i QUARTIMAX.

- Graficzna analiza regresji do wyznaczenia punktu odcięcia (*cut-off point*) na skali wyniku ogólnego kwestionariusza fobii społecznej dla określenia kryterium przesiewowej diagnozy tego zaburzenia.
- Obliczenia współczynników korelacji liniowej i wielokrotnej między: 1. skalami kwestionariusza KID IO „B1” a wynikami czynnikowymi otrzymanymi z analizy czynnikowej pozycji kwestionariusza fobii społecznej i jego skalami czynnikowymi (w wybranych przypadkach obliczono również współczynniki korelacji cząstkowej), 2. wynikami czynnikowymi a wynikiem ogólnym kwestionariusza lęku społecznego.
- Testy t różnic między średnimi arytmetycznymi dla prób niezależnych – do określenia istotności statystycznej różnic między płciami oraz między dziećmi niedepresyjnymi a depresyjnymi w wynikach czynnikowych oraz w skali ogólnej (*total*) kwestionariusza fobii społecznej.
- Obliczenia współczynników korelacji czteropolowej f_i (ϕ) oraz wartości chi kwadrat (χ^2) dla tabel czteropolowych oraz wskaźników oceny ryzyka w zastosowaniu do zbadania relacji między diagnozami przesiewowymi depresji i fobii społecznej.

IV. WYNIKI

W badaniu wzięło udział 1151 12-latków, 524 (45,5%) dziewczynek i 624 (54,2%) chłopców. W 3 (0,3%) przypadkach płeć nie została zaznaczona w ankiecie.

1. Rzetelność skali ogólnej fobii społecznej SPAI-C

Współczynniki rzetelności alfa-Cronbacha dla całej grupy i po uwzględnieniu płci wynosiły powyżej 0,92 (tab. 5). Współczynnik rzetelności dla grupy chłopców był nieznacznie większy w porównaniu do grupy dziewcząt. Wartości średnich, odchyłeń standardowych, wskaźnika mocy dyskryminacyjnej i współczynników alfa-Cronbacha po wyłączeniu pozycji dla poszczególnych punktów kwestionariusza w całej grupie oraz w grupach chłopców i dziewcząt zamieszczono w tabelach 6 i 7.

Tabela 5. Współczynniki rzetelności alfa-Cronbacha (α) łącznie i oddzielnie dla obu płci.

Płeć	Przypadki	N	%	α	Liczba pozycji
Cała grupa	Ważne	937	81,4	0,934	26
	Wyłączone	214	18,6		
	Razem	1151	100,0		
Chłopcy	Ważne	511	81,9	0,925	26
	Wyłączone	113	18,1		
	Razem	624	100,0		
Dziewczęta	Ważne	425	81,1	0,942	26
	Wyłączone	99	18,9		
	Razem	524	100,0		

2. Wartości skali SPAI-C

Całkowita liczba punktów skali SPAI-C (t-SPAI-C) stanowiąca wynik surowy mieściła się w zakresie od 0 do 52. Średnia wartość t-SPAI-C i odchylenie standardowe wyniosły w całej grupie odpowiednio 8,3 i 7,65; mediana 6,0; a skośność 1,455. Ponad 25% badanych uzyskało

wartości t-SPAI-C ≤ 2 , ponad połowa badanych t-SPAI-C ≤ 6 i ponad 75% t-SPAI-C ≤ 12 . Wartość t-SPAI-C > 30 uzyskało jedynie 1,6% osób. Dokładny rozkład wartości surowych t-SPAI-C przedstawiono na rysunku 2.

Wyniki surowe przeliczono na wartości wyrażone w stenach według wzoru:

$$[t\text{-SSPAI-C}] = [z] \times 2 + 5,5;$$

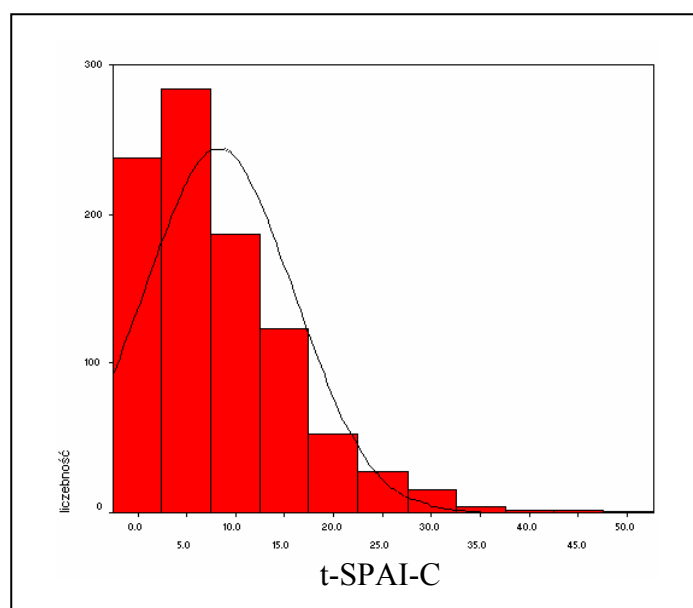
$$\text{gdzie } [z] = (t\text{-SPAI-C} - X) / SD;$$

X - średnia arytmetyczna, SD - odchylenie standardowe

Wyniki stenowe skali SPAI-C (t-SSPAI-C) mieściły się w zakresie od 3,33 do 16,92. Ponad połowa badanych uzyskała wartość t-SPAI-C $\leq 4,9$; a ponad 75% wartość t-SPAI-C $\leq 6,47$. Dokładny rozkład wartości t-SSPAI-C ilustruje rysunek 3.

3. Wartości skali SPAI-C z uwzględnieniem płci

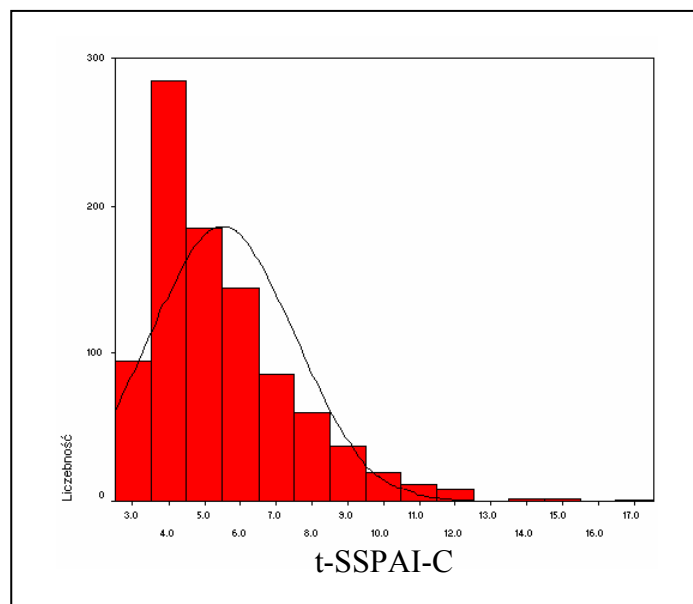
Rysunek 2. Rozkład wartości t-SPAI-C w całej grupie.



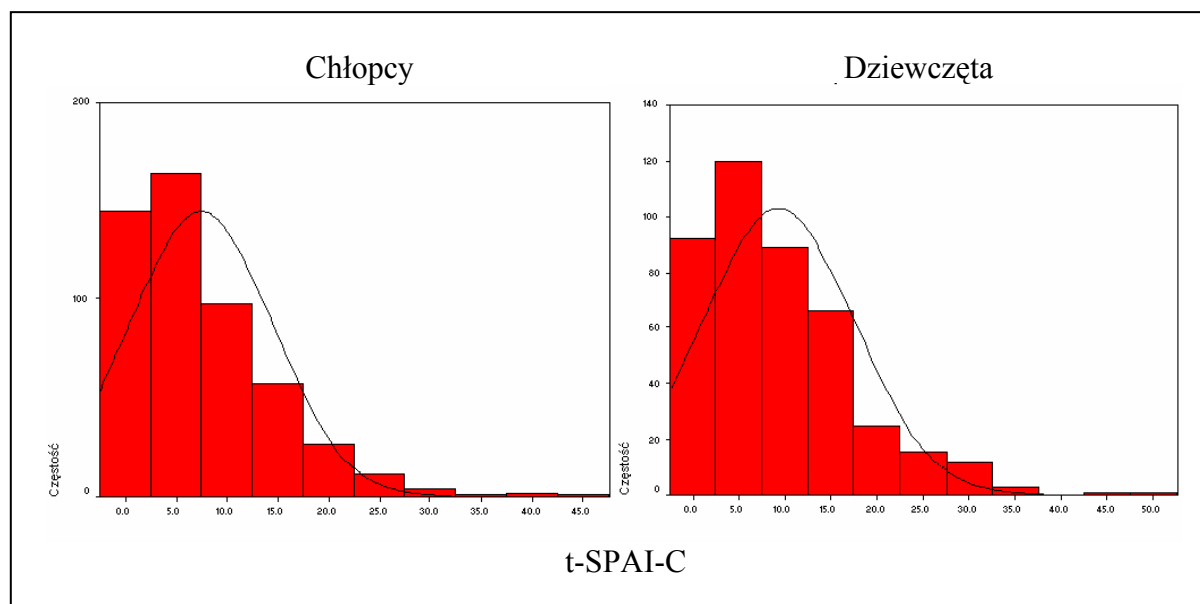
Średnia wartość t-SPAI-C i odchylenie standardowe wyniosły w grupach chłopców i dziewcząt odpowiednio: 7,47 i 7,03 oraz 9,32 i 8,23. Różnica między średnimi była istotna statystycznie ($p < 0,001$). Surowe wyniki skali SPAI-C w grupie chłopców mieściły się w zakresie od 0 do 44 a w grupie dziewcząt w od 0 do 52. Ponad 25% chłopców uzyskało wartość t-SPAI-C ≤ 2 , podczas gdy ponad 75% dziewcząt uzyskało wartość t-SPAI-C ≤ 3 . 49,9% dziewcząt uzyskało wartość t-SPAI-C ≤ 7 , podczas gdy tę samą wartość uzyskało 60,5% chłopców. Ponad 75% chłopców uzyskało wartość t-SPAI-C ≤ 11 , podczas gdy ponad

75% dziewcząt uzyskało wartość t-SPAI-C ≤ 13 . Wartość t-SPAI-C >30 osiągnął 1,0% chłopców i aż 2,4% dziewcząt. Dokładny rozkład wartości surowych t-SPAI-C w zależności od płci ilustruje rysunek 4.

Rysunek 3. Rozkład wartości t-SSPAI-C w całej grupie.



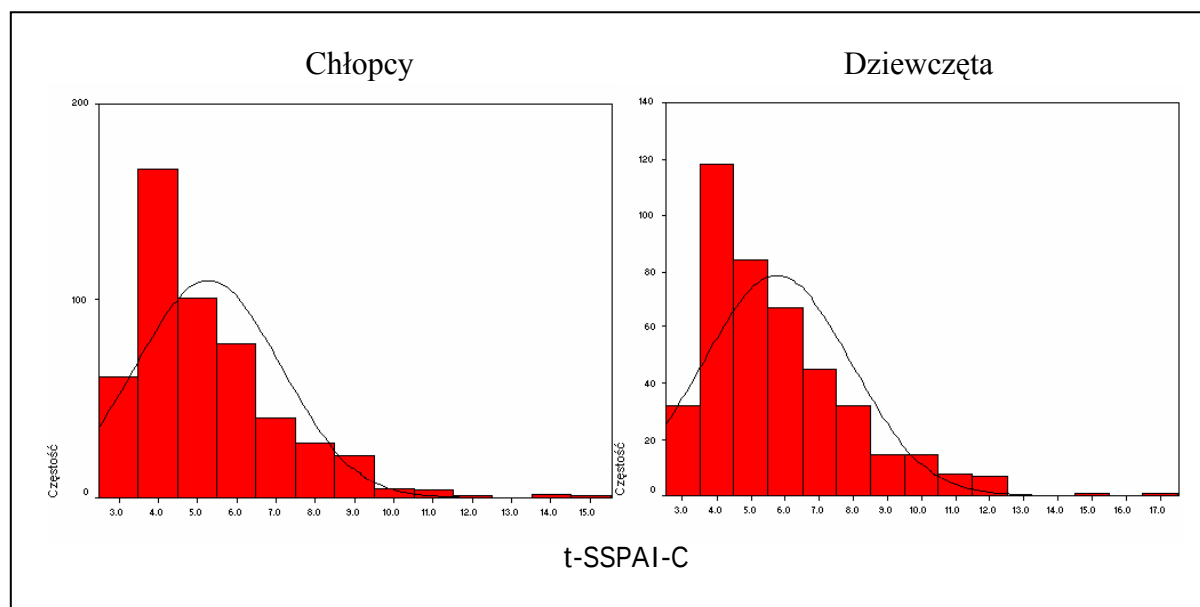
Rysunek 4. Rozkład wartości t-SPAI-C w zależności od płci.



Wyniki w skali stenowej t-SSPAI-C w grupie chłopców mieściły się w zakresie od 3,33 do 14,83, a w grupie dziewcząt w zakresie od 3,33 do 16,92. Wartość t-SSPAI-C $\leq 4,9$

uzyskało 54% chłopców i 46,6% dziewcząt. Dokładny rozkład wartości t-SSPAI-C w zależności od płci ilustruje rysunek 5.

Rysunek 5. Rozkład wartości t-SSPAI-C w zależności od płci.



4. Korelacje pomiędzy t-SPAI-C a wynikami kwestionariusza IO„B1” skali KID.

Korelacje t-SPAI-C z wynikiem ogólnym kwestionariusza IO„B1” jak również z wynikami jego podskal (od A do F) dla całej grupy oraz dla grup chłopców i dziewcząt osobno były istotne statystycznie (tab. 8). Wartość korelacji t-SPAI-C i wyniku ogólnego IO„B1” w całej grupie wyniosła 0,491. Najsilniejszy związek z wynikiem ogólnym SPAI-C wykazała skala B lęku, której wartość korelacji przekroczyła 0,51 dla całej grupy (u chłopców 0,47, u dziewcząt 0,52). Mniejszy stopień korelacji z wynikiem ogólnym SPAI-C odnotowano w całej grupie dla skali A zaburzeń nastroju (0,46). Najśłabsze korelacje z wynikiem ogólnym SPAI-C, nieprzekraczające wartości 0,39 wykazywały skala D zaburzeń aktywności i skala E przejawów autodestrukcji.

Siła korelacji poszczególnych podskal KID z t-SPAI-C była zależna od płci. W grupie chłopców z wynikiem ogólnym SPAI-C silniej korelowała skala F objawów somatycznych, a w grupie dziewcząt skale B-E (odpowiednio: lęku, zaburzeń poznawczych, zaburzeń aktywności i przejawów autodestrukcji). Taką samą wartość korelacji dla obu płci odnotowano pomiędzy t-SPAI-C a skalą A zaburzeń nastroju i wynikiem ogólnym IO„B1”.

Tabela 8. Stopień korelacji t-SPAI-C z wynikami kwestionariusza IO„B1” skali KID.

KID	t-SPAI-C								
	Cała grupa			Chłopcy			Dziewczęta		
	Korelacja Pearsona	Istotność dwustronna	N	Korelacja Pearsona	Istotność dwustronna	N	Korelacja Pearsona	Istotność dwustronna	N
A	.464(*)	.000	933	.438(*)	.000	510	.467(*)	.000	422
B	.513(*)	.000	930	.479(*)	.000	507	.528(*)	.000	422
C	.451(*)	.000	933	.421(*)	.000	509	.484(*)	.000	423
D	.381(*)	.000	929	.373(*)	.000	505	.398(*)	.000	423
E	.365(*)	.000	932	.351(*)	.000	509	.371(*)	.000	422
F	.402(*)	.000	933	.416(*)	.000	508	.365(*)	.000	424
IOB1	.491(*)	.000	925	.484(*)	.000	504	.486(*)	.000	420
* Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).									

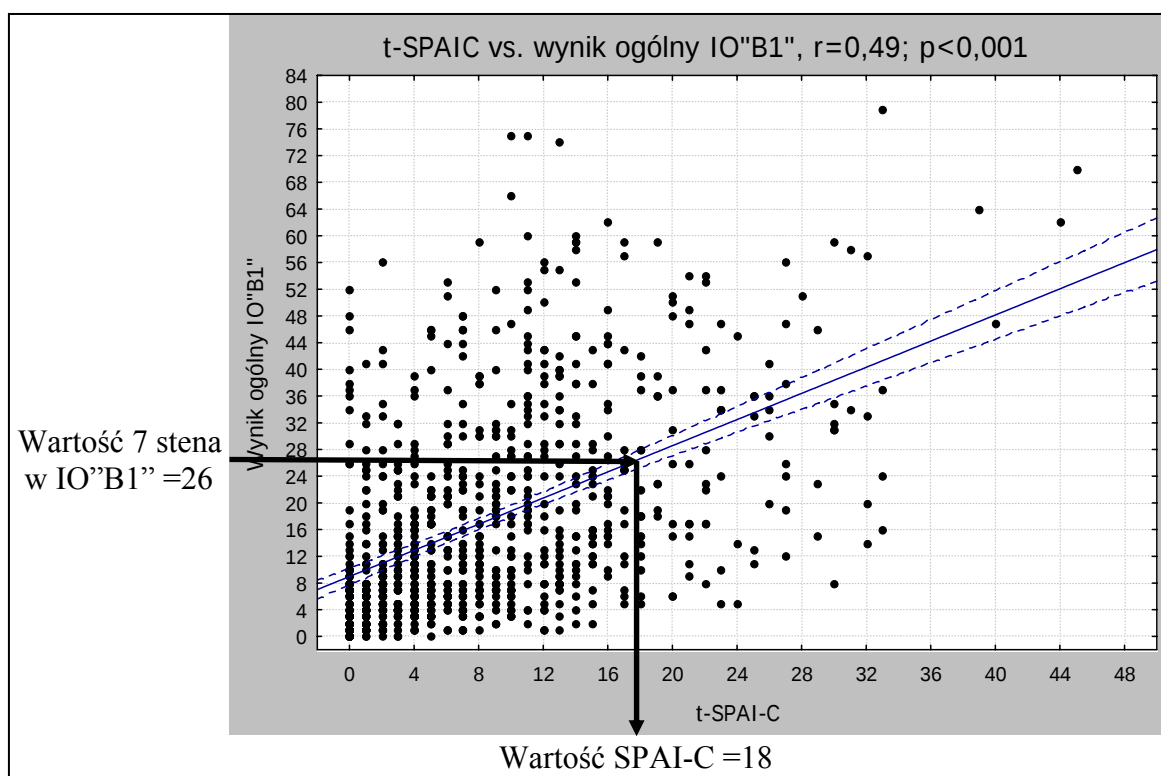
5. Wartość punktu przesiewowego fobii społecznej w skali SPAI-C

Jednym z najistotniejszych elementów każdego kwestionariusza służącego do badań epidemiologicznych jest dobrze określony punkt przesiewowy. Oryginalną Skalę SPAI-C stworzono na podstawie badań populacji amerykańskiej, dla której wyznaczono w oparciu o diagnozę kliniczną punkt przesiewowy (wartość 18 w skali wyników surowych). Uzyskanie 18 punktów w kwestionariuszu SPAI-C wskazuje zatem na duże prawdopodobieństwo występowania fobii społecznej. Ponieważ skala SPAI-C nie ma jeszcze określonego w analogiczny sposób punktu przesiewowego dla populacji polskiej, nie można stwierdzić czy, i w jakim zakresie mają wpływ na jego wartość różnice kulturowe między obu populacjami rzutujące na rozwój społeczny młodzieży we wczesnej fazie dorastania.

W prezentowanym badaniu punkt przesiewowy został wyznaczony w sposób pośredni w oparciu o analizę porównawczą wyników badań kwestionariuszami SPAI-C i KID IO „B1” tej samej próby. Przyjęto założenie, że punkt odpowiadający na skali wyników surowych SPAI-C kryterium przesiewowej diagnozy depresji na skali ogólnej KID IO „B1” powinien znajdować się w pobliżu poszukiwanego punktu przesiewowego z uwagi na widoczną i dość znaczną korelację obu skal.

Ogólny surowy wynik kwestionariusza IO„B1” wynoszący powyżej 26, odpowiadający w skali stenowej wynikowi ≥ 7 , pozwala na przesiewowe rozpoznanie depresji. Z przebiegu krzywej regresji obrazującej związek surowych wyników skal ogólnej IO „B1” i SPAI-C, metodą graficzną wyznaczono wartość t-SPAI-C odpowiadającą siódmemu stenowi kwestionariusza IO„B1” (rys. 5). Wyniosła ona 18, zatem tyle samo, ile w badaniach amerykańskich. W ten pośredni sposób wyznaczona wartość t-SPAI-C równa 18, została przyjęta za kryterium przesiewowego rozpoznania fobii społecznej w przedstawianym badaniu.

Rysunek 6. Zależność pomiędzy wynikiem ogólnym kwestionariusza IO „B1” skali KID a wynikiem ogólnym skali SPAI-C.



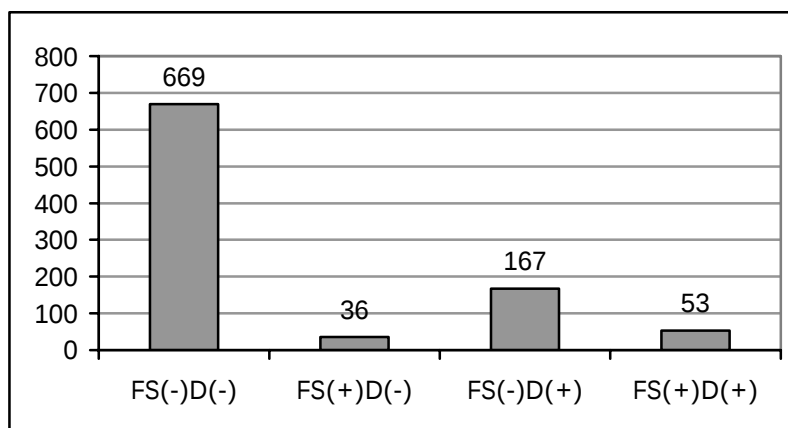
Spośród 937 przebadanych i włączonych do analizy, 90 uczniów, tj. 9,6% uzyskało wartość $t\text{-SPAI-C} \geq 18$ (rys. 2). Wartość tę osiągnęło 38 spośród 511 chłopców tj. 7,4% i 52 spośród 425 dziewcząt tj. 12,2% (rys. 4). Różnica pomiędzy odsetkiem chłopców i dziewcząt z rozpoznaną przesiewowo fobią społeczną była istotna statystycznie, choć korelacja występowania lęku społecznego z płcią w badanej próbie była słaba ($\chi^2=6,148$; $df=1$; $p=0,013$; współczynnik korelacji czteropolowej $\phi=0,081$).

6. Występowanie i współwystępowanie fobii społecznej i depresji.

Przeanalizowano 925 przypadków (80,4%), 226 (19,6%) z powodu niekompletności danych wyłączono. Związek korelacyjny między występowaniem depresji i występowaniem fobii społecznej jest statystycznie bardzo istotny, ale wielkość współczynnika korelacji czteropolowej w próbie nie jest adekwatnym wskaźnikiem siły związku z uwagi na bardzo nierówne liczebności brzegowe ($\chi^2=69,496$; $df=1$; $p<0,0005$; współczynnik korelacji czteropolowej $\phi=0,274$).

Dzieci z rozpoznaniem fobii społecznej na podstawie wyników badania kwestionariuszem SPAI-C stanowiły 9,6% badanych, a z rozpoznaniem depresji na podstawie kwestionariusza IO, „B1” 23,8% (rys. 7). Dzieci z diagnozą „zdrowe” tzn. bez fobii społecznej i bez depresji (FS(-)D(-)) stanowiły 72,3% całej badanej grupy, 94,9% dzieci bez depresji i 80% dzieci bez fobii społecznej. Z kolei dzieci z diagnozą fobii społecznej i depresji (FS(+))D(+)) stanowiły 5,7% całej badanej grupy, 24,1% dzieci z depresją i 59,6% dzieci z fobią społeczną.

Rysunek 7. Rozkład ilościowy w zależności od występowania lub nie fobii społecznej (FS) i depresji (D) w całej grupie.



Dzieci z diagnozą fobii społecznej i bez depresji (FS(+))D(-)) stanowiły 3,9% całej badanej grupy, 5,1% dzieci bez depresji i 40,4% dzieci z fobią społeczną i odwrotnie dzieci z diagnozą braku fobii społecznej i z depresją (FS(-))D(+)) stanowiły 18,1% całej badanej grupy, 75,9% dzieci z depresją i 20% dzieci bez fobii społecznej.

Występowanie depresji wyraźnie zwiększa iloraz szans wystąpienia fobii społecznej (w próbie iloraz szans (*odds ratio* - OR) wynosi 4,7 przy 95% przedziale ufności (*confidential interval* - CI) wynoszącym 3,2-7,0. Wyznaczone dla kohorty dzieci z depresją lub bez depresji wskaźniki cząstkowe dotyczące częstości występowania fobii społecznej pokazują, że odsetek osób z fobią, określany w relacji do liczby wszystkich osób w grupie z depresją, znacząco statystycznie przewyższa odsetek osób z fobią, określany w relacji do liczby wszystkich osób w kohorcie bez depresji. Występowanie fobii społecznej wyraźnie zwiększa iloraz szans wystąpienia depresji (OR 3,0 przy 95% CI 2,4-3,7). Wyznaczone dla kohorty dzieci z fobią społeczną lub bez niej wskaźniki cząstkowe dotyczące częstości występowania depresji pokazują, że odsetek osób z depresją, określany w relacji do liczby wszystkich osób w grupie z fobią społeczną, znacząco statystycznie przewyższa odsetek osób z depresją, określany w relacji do liczby wszystkich osób w kohorcie bez fobii społecznej (tab. 9, rys. 7).

7. Fobia społeczna a depresja z uwzględnieniem płci.

Grupa chłopców

Przeanalizowano 504 przypadki (80,8%), 120 (19,2%) z powodu niekompletności danych wyłączono. Związek korelacyjny między występowaniem depresji i występowaniem fobii społecznej jest statystycznie bardzo istotny, ale wielkość współczynnika korelacji czteropolowej w próbie nie jest adekwatnym wskaźnikiem siły związku z uwagi na bardzo nierówne liczebności brzegowe ($\chi^2=59,109$, $df=1$, $p<0,0005$, współczynnik korelacji czteropolowej $\phi=0,342$).

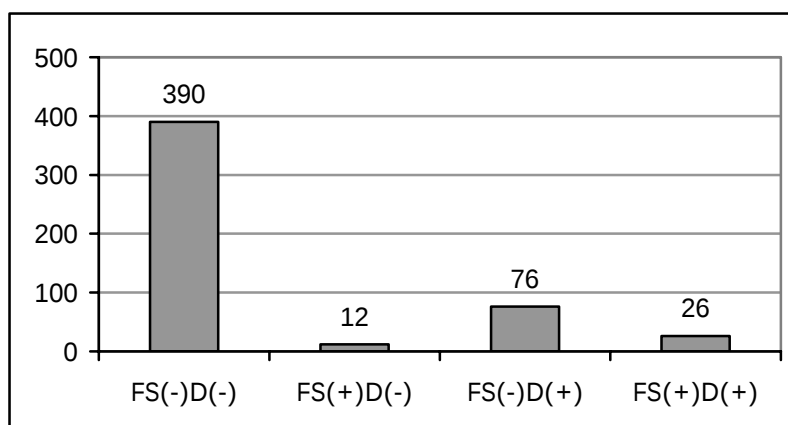
Chłopcy z rozpoznaniem fobii społecznej na podstawie badania kwestionariuszem SPAI-C stanowili 7,5% wszystkich chłopców, a z rozpoznaniem depresji na podstawie kwestionariusza IO„B1” 20,2% (rys. 8). Chłopcy z diagnozą „zdrowi” tzn. bez fobii społecznej i bez depresji (FS(-)D(-)) stanowili 77,4% wszystkich chłopców, 97,0% chłopców bez depresji i 83,7% chłopców bez fobii społecznej. Z kolei chłopcy z diagnozą fobii społecznej i depresji (FS(+)D(+)) stanowili 5,2% wszystkich chłopców, 25,2% chłopców z depresją i 68,4% chłopców z fobią społeczną.

Chłopcy z diagnozą fobii społecznej i bez depresji (FS(+)D(-)) stanowili 2,4% wszystkich chłopców, 3,0% chłopców bez depresji oraz 31,6% chłopców z fobią społeczną i odwrotnie, chłopcy z diagnozą braku fobii społecznej i z depresją (FS(-)D(+)) stanowili 15,1% wszystkich chłopców, 74,5% chłopców z depresją i 16,3% chłopców bez fobii społecznej.

Tabela 9. Iloraz szans (OR) wystąpienia depresji lub fobii społecznej oraz przedziały ufności (CI) dla całej grupy i obu płci w zależności od obecności tych zaburzeń.

		OR	95% CI	
			Dolna	Górna
Cała badana grupa (N=925)	Iloraz szans wystąpienia fobii społecznej w zależności od obecności depresji	4,72	3,18	7,00
	Iloraz szans wystąpienia depresji w zależności od obecności fobii społecznej	2,98	2,37	3,71
Chłopcy (N=504)	Iloraz szans wystąpienia fobii społecznej w zależności od obecności depresji	8,53	4,46	16,33
	Iloraz szans wystąpienia depresji w zależności od obecności fobii społecznej	4,20	3,11	5,65
Dziewczęta (N=420)	Iloraz szans wystąpienia fobii społecznej w zależności od obecności depresji	2,88	1,73	4,78
	Iloraz szans wystąpienia depresji w zależności od obecności fobii społecznej	2,15	1,57	2,94

Rysunek 8. Rozkład ilościowy w zależności od występowania lub nie fobii społecznej (FS) i depresji (D) w grupie chłopców.



W grupie chłopców występowanie depresji blisko 2-krotnie mocniej niż dla całej badanej grupy zwiększa iloraz szans wystąpienia fobii społecznej (OR 8,5; przy 95% CI 4,5-

16,3). Wyznaczone dla kohorty chłopców z depresją lub bez depresji wskaźniki cząstkowe dotyczące częstości występowania fobii społecznej pokazują, że odsetek chłopców z fobią, określany w relacji do liczby wszystkich chłopców w grupie z depresją, jeszcze mocniej statystycznie niż w całej grupie przewyższa odsetek chłopców z fobią, określany w relacji do liczby wszystkich chłopców w kohorcie bez depresji. Podobnie występowanie fobii społecznej wśród chłopców jeszcze wyraźniej niż w całej badanej grupie zwiększa iloraz szans wystąpienia depresji (OR 4,2; przy 95% CI 3,1-5,7). Wyznaczone dla kohorty chłopców z fobią społeczną lub bez niej wskaźniki cząstkowe dotyczące częstości występowania depresji pokazują, że odsetek chłopców z depresją, określany w relacji do liczby wszystkich chłopców w kohorcie z fobią społeczną, znacząco statystycznie przewyższa odsetek chłopców z depresją, określany w relacji do liczby wszystkich chłopców w kohorcie bez fobii społecznej (tab. 9, rys. 8).

Grupa dziewcząt

Przeanalizowano 420 przypadków (80,2%), 104 (19,8%) z powodu niekompletności danych wyłączono. Związek korelacyjny między występowaniem depresji i występowaniem fobii społecznej jest statystycznie bardzo istotny, ale wielkość współczynnika korelacji czteropolowej w próbie nie jest adekwatnym wskaźnikiem siły związku z uwagi na bardzo nierówne liczebności brzegowe ($\chi^2=17,738$; $df=1$; $p<0,0005$; współczynnik korelacji czteropolowej $\phi=0,206$).

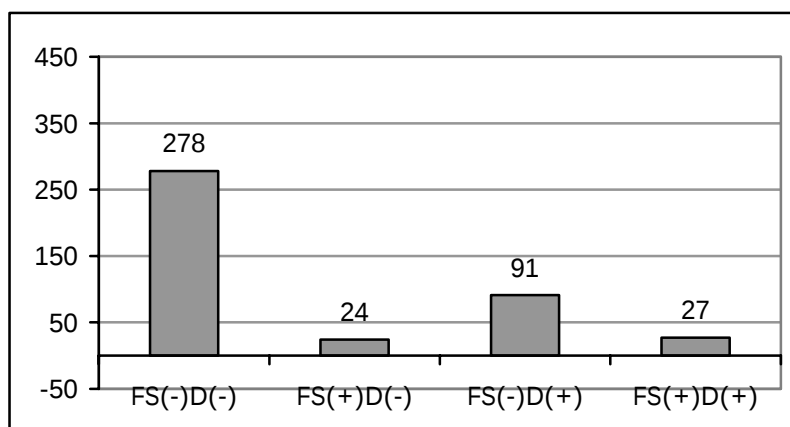
Dziewczęta z rozpoznaniem fobii społecznej na podstawie badania kwestionariuszem SPAI-C stanowiły 12,1% wszystkich dziewcząt ($p=0,012$ w stosunku do chłopców), a z rozpoznaniem depresji na podstawie kwestionariusza IO„B1” 28,1% ($p=0,03$ w stosunku do chłopców, rys. 9). Dziewczęta zdiagnozowane jako zdrowe tzn. bez fobii społecznej i bez depresji (FS(-)D(-)) stanowiły 66,2% wszystkich dziewcząt, 92,1% dziewcząt bez depresji i 75,3% dziewcząt bez fobii społecznej. Z kolei dziewczęta z diagnozą fobii społecznej i depresji (FS(+)D(+)) stanowiły 6,4% wszystkich dziewcząt ($p=ns$ w stosunku do chłopców), 22,9% dziewcząt z depresją i 52,9% dziewcząt z fobią społeczną.

Dziewczęta z diagnozą fobii społecznej i bez depresji (FS(+)D(-)) stanowiły 5,7% wszystkich dziewcząt, 7,9% dzieci bez depresji i 47,1% dziewcząt z fobią społeczną i odwrotnie, dziewczęta z diagnozą braku fobii społecznej i z depresją (FS(-)D(+)) stanowiły 21,7% wszystkich dziewcząt, 77,1% dziewcząt z depresją i 24,7% dziewcząt bez fobii społecznej.

W grupie dziewcząt występowanie depresji zwiększa iloraz szans wystąpienia fobii

społecznej, niemniej w stopniu blisko 3-krotnie mniejszym niż w populacji chłopców (OR 2,9; przy 95% CI 1,7-4,8). Wyznaczone dla kohorty dziewcząt z depresją lub bez depresji wskaźniki częściowe dotyczące częstości występowania fobii społecznej pokazują, że odsetek dziewcząt z fobią, określany w relacji do liczby wszystkich dziewcząt w grupie z depresją, znacznie słabiej statystycznie niż w grupie chłopców przewyższa odsetek dziewcząt z fobią, określany w relacji do liczby wszystkich dziewcząt w kohorcie bez depresji. Podobnie jak w przypadku kohorty chłopców, występowanie fobii społecznej wśród dziewcząt zwiększa iloraz szans wystąpienia depresji (OR 2,2; przy 95% CI 1,6-2,9) niemniej wpływ ten jest blisko 2-krotnie słabszy niż w grupie chłopców. Wyznaczone dla kohorty dziewcząt z fobią społeczną lub bez niej wskaźniki częściowe dotyczące częstości występowania depresji pokazują, że odsetek dziewcząt z depresją, określany w relacji do liczby wszystkich dziewcząt w kohorcie z fobią społeczną, znacząco statystycznie przewyższa odsetek dziewcząt z depresją, określany w relacji do liczby wszystkich dziewcząt w kohorcie bez fobii społecznej (tab. 9, rys. 9).

Rysunek 9. Rozkład ilościowy w zależności od występowania lub nie fobii społecznej (FS) i depresji (D) w grupie dziewcząt.



8. Analizy czynnikowe

Dla ustalenia struktury czynnikowej kwestionariusza SPAI-C przeprowadzono analizy czynnikowe metodą głównych składowych z rotacjami Varimax, QUARTIMAX i DIRECT OBLIMIN łącznie i oddzielnie dla obu płci. Uzyskano duże wartości Kaisera-Mayera-Olkina [KMO] > 0,94, zarówno dla całej badanej grupy jak i dla obu płci oddzielnie.

Na podstawie kryterium wartości własnej ≥ 1 zarówno dla całej próby, jak też oddzielnie

dla obu płci, wyodrębniono cztery czynniki. Według testu osypiska (Cattell's *scree test*) uzyskano wyraźne rozwiązanie jednoczynnikowe, co w zestawieniu z dużymi wartościami własnymi pierwszej składowej przed rotacją wskazuje na obecność głównego czynnika zarówno w całej grupie jak i u obu płci, co uzasadnia stosowanie skali ogólnej kwestionariusza. Dalszych argumentów dla takiego rozwiązania dostarczyły wyniki rotacji ukośnej (znaczące korelacje między czynnikami) i rotacji QUARTIMAX (wysoki % wyjaśnianej wariancji przez pierwszy czynnik w każdej z trzech analiz).

W oparciu o analizę ładunków czynnikowych po rotacji VARIMAX wyodrębniono pozycje związane z poszczególnymi czynnikami. Czynnikiem uzyskanym dla całej grupy oraz dla dziewcząt nadano interpretację treściową zgodnie, z którą przypisano im następujące nazwy: I. asertywność, II. lęk przed spotkaniami towarzyskimi, III. lęk przed wystąpieniami publicznymi, IV. unikanie sytuacji społecznych. Dla chłopców nazwano je: I asertywność, II. lęk przed spotkaniami towarzyskimi, III. lęk przed wystąpieniami publicznymi, IV. lęk przed rozmową. Wyodrębnione cztery czynniki w całej grupie tłumaczyły blisko 55% całkowitej wariancji, w grupie chłopców blisko 53% całkowitej wariancji, a w grupie dziewcząt ponad 58% całkowitej wariancji (tab. 10). Na podstawie wyników analiz czynnikowych utworzono 4 skale czynnikowe (SCz) SPAIC. Do wyodrębnionych skal czynnikowych włączono pozycje, których ładunki czynnikowe wynosiły $\geq 0,45$.

W całej grupie pierwszy czynnik „asertywność” tłumaczył 15,2% całkowitej wariancji. Drugi czynnik „lęk przed spotkaniami towarzyskimi” obejmował pozycje związane z lękiem przed między innymi przyjęciami, zabawami tanecznymi czy zbiórkami harcerskimi. Stanowił on 14,5% wariancji. Trzeci czynnik „lęk przed wystąpieniami publicznymi” tłumaczył 13,3% wariancji i obejmował pozycje związane z lękiem przed przemawianiem przed publicznością, głośne czytanie w klasie czy występowanie w przedstawieniach. Czwarty czynnik „unikanie sytuacji społecznych” opisujący unikanie takich sytuacji społecznych jak: przyjęcia, zajęcia szkolne, zabawy z innymi, tłumaczył 11,8% całkowitej wariancji. Czynnik „lęk przed rozmową” wyodrębniony w grupie chłopców obejmował lęk przed rozmową, zadawaniem pytań lub udzielaniem odpowiedzi w klasie lub na spotkaniach. Odsetki wariancji tłumaczone przez poszczególne czynniki w grupie chłopców i dziewcząt przedstawia tabela 10. Pozycje i ich ładunki czynnikowe dla całej grupy oraz dla obu płci zostały przedstawione w tabeli 11. Pełne nazwy poszczególnych pozycji kwestionariusza zostały wyjaśnione w tabeli 12.

Tabela 10. Główne składowe: wartości własne i sumy kwadratów ładunków po rotacji VARIMAX.

	Składowa	Początkowe wartości własne			Sumy kwadratów ładunków po rotacji		
		Ogółem	% wariancji	% skumulowany	Ogółem	% wariancji	% skumulowany
Cała grupa	1	10,520	40,463	40,463	3,953	15,204	15,204
	2	1,362	5,240	45,703	3,781	14,543	29,747
	3	1,259	4,844	50,547	3,450	13,271	43,018
	4	1,101	4,235	54,783	3,059	11,765	54,783
Chłopcy	1	9,688	37,263	37,263	4,176	16,060	16,060
	2	1,442	5,547	42,810	3,927	15,105	31,165
	3	1,380	5,307	48,118	2,931	11,274	42,439
	4	1,177	4,528	52,646	2,654	10,207	52,646
Dziewczęta	1	11,307	43,488	43,488	4,479	17,226	17,226
	2	1,437	5,526	49,014	4,031	15,502	32,728
	3	1,228	4,723	53,737	3,654	14,054	46,782
	4	1,189	4,571	58,308	2,997	11,526	58,308

Z uwagi na nadanie czwartemu czynnikowi innej interpretacji treściowej w grupie chłopców w porównaniu do całej grupy i kohorty dziewcząt wykonano analizę rzetelności międzypopulacyjnej pomiędzy kohortami dziewcząt i chłopców. Uzyskane współczynniki korelacji rang ρ Spiermana pomiędzy ładunkami czynnikowymi populacji dziewcząt i chłopców wskazują na stosunkowo zadawalającą rzetelność czynnika drugiego ($\rho=0,8$), gorszą rzetelność czynników trzeciego ($\rho=0,69$) i pierwszego ($\rho=0,63$) i niską czynnika czwartego ($\rho=0,54$) przy zachowanym wysokim poziomie istotności dla wszystkich czynników (tab. 12A). Jeżeli chodzi o ilość tłumaczonej wariancji, kolejność czynników zarówno dla chłopców jak i dziewcząt jest tak sama (tab. 11). Oba fakty świadczą o podobieństwie struktur czynnikowych populacji chłopców i dziewcząt.

Tabela 11. Macierz rotowanych składowych.

Pozycja	Cała grupa (a)				Pozycja	Chłopcy (b)				Pozycja	Dziewczęta (a)			
	Czynniki					Czynniki					Czynniki			
	1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4
11	,782				11	,759				10	,779			
10	,757				10	,706				11	,758			
13	,627				07	,684				13	,657			
12	,613				09	,603				09	,627			
09	,561			,459	13	,570				12	,614			
18	,499				12	,492				14	,566			
07	,481				06					18	,536			
14					21		,698			07				
21		,686			22		,669			25		,742		
24		,674			24		,661			26		,716		
22		,666			26		,594			24		,669		
26		,626			23		,546			22		,656		
25		,604			20		,537			21		,641		
23		,554			25		,528			23		,562		
04			,776		18		,490			02				
03			,687		19		,482			04			,800	
16			,625		04			,728		03			,671	
17			,616		03			,676		16			,667	
05			,526		17			,569		17			,644	
08					16			,556		05			,608	
02					02			,473		08				
06				,655	01				,727	20				,701
20				,610	08				,610	06				,701
19				,576	05				,506	19				,671
01				,523	14				,505	15				,498
15				,509	15				,471	01				

Metoda wyodrębniania czynników - Głównych składowych. Metoda rotacji VARIMAX z normalizacją Kaisera. a. Rotacja osiągnęła zbieżność w 6 iteracjach, b. Rotacja osiągnęła zbieżność w 7 iteracjach.

Tabela 12. Opis poszczególnych pozycji skali SPAI-C.

Pozycja	Pełna nazwa pozycji
11	Gdy ktoś prosi mnie o wykonanie czynności, której nie chcę wykonywać, boję się i nie wiem, co powiedzieć.
10	Gdy ktoś zaczyna klócić się ze mną, boję się i nie wiem, co robić.
13	Gdy ktoś mówi coś, co uważam za złe lub niewłaściwe, boję się mówić, co o tym sądzę.
12	Boję się i nie wiem, co robić, gdy znajdę się w kłopotliwej dla mnie sytuacji (kłopotliwej tzn., że twoja twarz zaczyna być gorąca i zaczerwieniona).
09	Boję się, gdy przebywam w szkolnej stołówce.
18	Boję się, gdy lekceważą mnie lub śmieją się ze mnie.
07	Boję się, gdy spotykam nowe dzieci.
14	Boję się, gdy zaczynam mówić do ...
21	Przed wyjściem na przyjęcie lub w jakimkolwiek miejsce z innymi myślę o tym, co może się złego wydarzyć.
24	Gdy przebywam z innymi ludźmi miewam myśli, które budzą mój niepokój.
22	Gdy mówię do innych, tracę głos lub brzmi on śmiesznie.
26	Gdy znajduję się w jakimś miejscu (na przyjęciu, w szkole, na meczu piłkarskim lub w każdym innym miejscu, gdzie są inne osoby) czuję się spocony/spocona, trzęsę się, czuję, że muszę iść do toalety, miewam szybkie bicie serca, mam ból głowy lub brzucha.
25	Przed wyjściem dokądkolwiek (na przyjęcie, do szkoły, na mecz piłkarski lub w każde inne miejsce, gdzie będą inne osoby) czuję się spocony/spocona, czuję, że muszę iść do toalety, miewam szybkie bicie serca, mam ból głowy lub brzucha, mam dziwne uczucie w żołądku.
23	Zwykle nie mówię nic do innych, zanim oni nie powiedzą czegoś do mnie.
04	Boję się, gdy muszę mówić lub czytać stojąc przed grupą ludzi.
03	Boję się wtedy, gdy przebywam w towarzystwie innych chłopców i dziewcząt lub osób dorosłych i muszę wykonać jakąś czynność (np. czytać głośno, grać w grę, wykonać ćwiczenia sportowe), podczas gdy inni na mnie patrzą.
16	Boję się, gdy występuję mówiąc (opowiadając o książce lub czytając na środku klasy) do ...

17	Boję się, gdy występuję w szkolnym przedstawieniu, chórze lub biorę udział w występach muzycznych albo tanecznych przed ...
05	Boję się, gdy muszę odpowiadać na pytania w klasie lub na spotkaniach (np. harcerskich, drużyn sportowych) nawet wtedy, gdy znam odpowiedzi na te pytania.
08	Boję się zbyt bardzo, aby zadawać pytania w klasie.
02	Boję się wtedy, gdy przebywam w towarzystwie innych chłopców i dziewcząt lub osób dorosłych i staję się centrum ich zainteresowania (patrzą na mnie).
06	Tak bardzo boję się podczas przyjęć, dyskotek, w szkole lub w jakimkolwiek miejscu, w którym znajdują się więcej niż dwie osoby, że wracam wcześniej do domu.
20	Opuszczam sytuacje społeczne (przyjęcia, zajęcia szkolne, zabawy z innymi).
19	Staram się unikać sytuacji społecznych (przyjęć, zajęć szkolnych, zabaw z innymi).
01	Boję się, gdy muszę dołączyć do zabawy lub pracy w dużej grupie chłopców i dziewcząt (liczącej więcej niż 6 osób).
15	Boję się, gdy muszę rozmawiać dłużej niż kilka minut z ...

Współczynniki rzetelności (zgodności wewnętrznej) alfa-Cronbacha utworzonych 4 podskal czynnikowych są zadawalające. Współczynniki rzetelności alfa-Cronbacha dla całej grupy, grup dziewcząt i chłopców osobno przekraczały 0,73 (tab. 13) i były największe dla 1. skali czynnikowej wynosząc powyżej 0,83. Współczynniki rzetelności poszczególnych skal czynnikowych w grupie dziewcząt były nieznacznie większe w porównaniu z grupą chłopców. Wartości średnich, odchyłeń standardowych, wskaźników mocy dyskryminacyjnej i współczynników alfa-Cronbacha po wyłączeniu pozycji dla poszczególnych **ów** w całej grupie oraz w grupach chłopców i dziewcząt zamieszczono w tabelach 14 i 15.

Tabela 13. Współczynniki rzetelności alfa-Cronbacha (α) dla całej grupy i w zależności od płci dla wyodrębnionych skal czynnikowych.

	Czynnik		N	%	α	Liczba pozycji
Cała grupa	1	Przypadki Ważne	1070	93,0	,844	7
		Wyłączone	81	7,0		
		Razem	1151	100,0		
	2	Przypadki Ważne	1044	90,7	,820	6

		Wyłączone	107	9,3		
		Razem	1151	100,0		
	3	Przypadki Ważne	1106	96,1	,789	5
		Wyłączone	45	3,9		
		Razem	1151	100,0		
	4	Przypadki Ważne	1089	94,6	,757	5
		Wyłączone	62	5,4		
		Razem	1151	100,0		
Chłopcy	1	Przypadki Ważne	579	92,8	,834	7
		Wyłączone	45	7,2		
		Razem	624	100,0		
	2	Przypadki Ważne	575	92,1	,791	6
		Wyłączone	49	7,9		
		Razem	624	100,0		
	3	Przypadki Ważne	598	95,8	,756	5
		Wyłączone	26	4,2		
		Razem	624	100,0		
	4	Przypadki Ważne	582	93,3	,730	5
		Wyłączone	42	6,7		
		Razem	624	100,0		
Dziewczęta	1	Przypadki Ważne	489	93,3	,850	7
		Wyłączone	35	6,7		
		Razem	524	100,0		
	2	Przypadki Ważne	468	89,3	,845	6
		Wyłączone	56	10,7		
		Razem	524	100,0		
	3	Przypadki Ważne	506	96,6	,819	5
		Wyłączone	18	3,4		
		Razem	524	100,0		
	4	Przypadki Ważne	506	96,6	,785	5
		Wyłączone	18	3,4		
		Razem	524	100,0		

Dla czterech otrzymanych czynników obliczono wartości wyników czynnikowych. Wartości wyników czynnikowych w przypadku czynnika 1 ($p < 0,001$) i 2 ($p = 0,011$) były znacząco większe w grupie dziewcząt w porównaniu z obserwowanymi w grupie chłopców, nie odnotowano istotnej różnicy w odniesieniu do wyników czynnikowych 3 i 4 (tab. 16). Największą różnicę pomiędzy wartościami wyników czynnikowych w zależności od płci odnotowano dla czynnika 1.

Tabela 16. Wartości wyników czynnikowych w zależności od płci.

Wyniki czynnikiowe	P	N	X	SD	Test t równości średnich			
					t	df	p	ΔX
WCz1**	Ch	511	-,12	,96	-4,1	934	0,000	-,26
	Dz	425	,15	1,03				
WCz2*	Ch	511	-,08	,95	-2,5	861,0	0,011	-,17
	Dz	425	,10	1,06				
WCz3*	Ch	511	-,05	,96	-1,8	869,6	0,070	-,12
	Dz	425	,07	1,05				
WCz4**	Ch	511	,05	,96	1,6	934	0,11	,11
	Dz	425	-,06	1,06				

(*) nie założono równości wariancji, (**) założono równości wariancji, p - istotność dwustronna, ΔX - różnica średnich

Obliczono współczynniki korelacji liniowej pomiędzy wynikami czynnikowymi czterech podskal SPAI-C a skalami i wynikiem całkowitym kwestionariusza KID IO,,B1". Wyniki oszacowano dla całej grupy (tab. 17.) oraz oddzielnie dla każdej płci (tab. 18, 19). Wynik czynnikowy 2 najlepiej korelował z poszczególnymi podskalami kwestionariusza KID (współczynnik korelacji od 0,298 do 0,38). Wynik ogólny kwestionariusza IO,,B1" najmocniej korelował z wynikiem czynnikowym 2 osiągając wartość 0,375 w całej grupie, 0,378 w grupie chłopców i 0,360 w grupie dziewcząt. Analizując wyniki dla całej grupy (tab. 17), spośród wszystkich sześciu skal kwestionariusza IO,,B1" najmocniejszą korelację z poszczególnymi wynikami czynnikowymi (od 0,159 do 0,380) wykazała skala B (lęku). Skala B kwestionariusza KID najlepiej korelowała z wynikiem czynnikowym 2 (0,380). Skale C -

zaburzeń poznawczych, D - zaburzeń aktywności i E - przejawów autodestrukcji słabiej korelowały z wynikami czynnikowymi.

Tabela 17. Korelacje wyników czynnikowych SPAI-C i podskal oraz wyniku ogólnego kwestionariusza IO„B1”.

Skala IO„B1”	Statystyka	Wyniki czynnikowe			
		WCz1	WCz2	WCz3	WCz4
A	Korelacja	,213	,340	,153	,226
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	933	933	933	933
B	Korelacja	,242	,380	,159	,253
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	930	930	930	930
C	Korelacja	,189	,304	,209	,205
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	933	933	933	933
D	Korelacja	,110	,316	,105	,251
	Istotność *	,001	,000	,001	,000
	N	929	929	929	929
E	Korelacja	,144	,298	,099	,203
	Istotność *	,000	,000	,002	,000
	N	932	932	932	932
F	Korelacja	,204	,318	,102	,190
	Istotność *	,000	,000	,002	,000
	N	933	933	933	933
Wynik ogólny IO„B1”	Korelacja	,209	,375	,162	,236
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	925	925	925	925

* dwustronna

Podobne zależności jak dla całej grupy uzyskano po uwzględnieniu podziału na płeć (tab. 18, 19) skala B KID najlepiej korelowała z wynikiem czynnikowym 2, wartość współczynnika korelacji dla chłopców wyniosła 0,377, a dla dziewcząt 0,369.

Stopień korelacji poszczególnych wyników czynnikowych z wynikiem całkowitym SPAI-C jest umiarkowany. Dla poszczególnych wyników czynnikowych w całej grupie osiągnął wartości od 0,421 do 0,543, w grupie chłopców osiągnął wartości odpowiednio od 0,442 do 0,520, a w grupie dziewcząt wartości od 0,422 do 0,561 (tab. 20). Wynik czynnikowy 3 najlepiej korelował z t-SPAI-C zarówno w całej grupie, jak i w grupach chłopców i dziewcząt.

Obliczono współczynniki korelacji WCz i SCz w całej grupie (tab. 21) oraz w grupie chłopców i w grupie dziewcząt (tab. 22). Wszystkie wyznaczone korelacje były istotne przy poziomie $p < 0,001$, niemniej największe wartości współczynników korelacji w całej grupie - przekraczające 0,8 - osiągnięto w odniesieniu jednoimiennych wyników czynnikowych i skal czynnikowych. Podobnie wysoki stopień korelacji uzyskano w grupach chłopców i dziewcząt (tab. 22).

W grupie chłopców wartość wyników czynnikowych całkowitego oraz 2 i 4 była istotnie większa ($p < 0,001$) wśród chłopców z postawionym na podstawie wyniku kwestionariusza IO„B1” rozpoznaniem depresji (tab. 23). W grupie dziewcząt wartość wyników czynnikowych całkowitego oraz wyników czynnikowych 1-4 była istotnie większa wśród dziewcząt z postawionym na podstawie wyniku kwestionariusza IO„B1” rozpoznaniem depresji (tab. 24). Największą różnicę pomiędzy wartościami wyników czynnikowych w grupie dziewcząt odnotowano dla wyniku czynnikowego 2.

9. Płeć, występowanie depresji i fobii społecznej a wynik skal czynnikowych

Wyniki dziewcząt w 3 pierwszych skalach czynnikowych były znamienne większe od wyników chłopców. Nie odnotowano analogicznej istotnej różnicy w odniesieniu do skali czynnikowej 4 (tab. 25). Największą różnicę pomiędzy wartościami skal czynnikowych w zależności od płci odnotowano w przypadku 2 skali czynnikowej.

Wartość skal czynnikowych była znamienne większa wśród dzieci z przesiewowo postawionym rozpoznaniem fobii społecznej zarówno w całej grupie (tab. 26), jak i w grupie chłopców (tab. 27) i dziewcząt (tab. 28). Obliczono również wartości skal czynnikowych dla poszczególnych wymiarów kwestionariusza IO„B1”. Dla każdego wymiaru IO„B1” - zarówno w całej grupie (tab. 26) jak i w grupie chłopców (tab. 27) i dziewcząt (tab. 28) -

wartość skal czynnikowych była znamienne większa wśród dzieci z przesiewowo postawionym rozpoznaniem fobii społecznej.

Tabela 25. Wartości skal czynnikowych w zależności od płci.

	Płeć	N	X	SD	Test t równości średnich (*)			
					T	df	p	ΔX
SCz2*	Ch	575	1,49	1,76	-3,4	926,9	,001	-,41
	Dz	468	1,90	2,04				
SCz1*	Ch	579	1,93	2,07	-4,3	974,4	,000	-,59
	Dz	489	2,52	2,38				
SCz3*	Ch	598	2,25	2,09	-3,1	1022,7	,002	-,42
	Dz	506	2,67	2,35				
SCz4**	Ch	582	1,02	1,38	-1,1	1086	,261	-,10
	Dz	506	1,11	1,52				

(*) nie założono równości wariancji (**) założono równości wariancji, p - istotność dwustronna, ΔX - różnica średnich

Wartość skal czynnikowych była istotnie większa wśród dzieci z postawionym na podstawie wyniku kwestionariusza IO„B1” rozpoznaniem depresji zarówno w całej grupie (tab. 29) jak i w grupie chłopców (tab. 30) i dziewcząt (tab. 31). Największą różnicę pomiędzy wartościami skal czynnikowych w zależności od wystąpienia depresji - w całej grupie (tab. 29) i w grupie chłopców (tab. 30) - odnotowano dla czynnika 2, a w grupie dziewcząt (tab. 31) dla czynników 2 i 1.

Stopień korelacji skal czynnikowych pomiędzy sobą oraz wynikiem całkowitym jest znaczny, co przemawia za istnieniem czynnika ogólnego. Współczynnik korelacji SCz1-4 pomiędzy sobą w całej grupie (tab. 32) oraz w grupie chłopców (tab. 33) przekraczał 0,57, a w grupie dziewcząt 0,58 (tab. 34). Współczynnik korelacji skal czynnikowych 1-4 z wynikiem całkowitym w całej grupie (tab. 32) osiągnął wartości odpowiednio od 0,885 do 0,812, w grupie chłopców (tab. 33) osiągnął wartości odpowiednio od 0,869 do 0,818, a w grupie dziewcząt (tab. 34) osiągnął wartości odpowiednio od 0,897 do 0,811. Wszystkie te korelacje były istotne przy poziomie $p < 0,001$. Najwyższy stopień korelacji z wynikiem

całkowitym wykazywała skala czynnikowa 1 zarówno w całej grupie (0,885) jak i w grupie chłopców (0,869) i dziewcząt (0,897).

Tabela 32. Korelacje skal czynnikowych w obrębie SPAI-C w całej grupie.

		Skala kwestionariusza fobii społecznej			
		SCz2	SCz3	SCz4	<i>total</i>
SCz1	Korelacja	,649	,648	,674	,885
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	995	1052	1039	937
SCz2	Korelacja		,599	,649	,838
	Istotność *		,000	,000	,000
	N		1028	1016	937
SCz3	Korelacja			,577	,838
	Istotność *			,000	,000
	N			1071	937
SCz4	Korelacja				,812
	Istotność *				,000
	N				937

* dwustronna

Obliczono współczynniki korelacji liniowej pomiędzy całkowitym wynikiem skali SPAI-C oraz wynikami czterech skal czynnikowych a wynikiem całkowitym i skalami kwestionariusza KID IO„B1”. Wyniki oszacowano dla całej grupy (tab. 35) oraz dla każdej płci (tab. 36, 37). Stopień korelacji liniowej t-SPAI-C z wynikiem ogólnym kwestionariusza KID IO„B1” wyniósł dla całej grupy 0,491, dla chłopców 0,484 i dla dziewcząt 0,486. Wynik ogólny kwestionariusza IO„B1” najmocniej korelował z wynikiem skali czynnikowej 2 osiągając wartość 0,514 w całej grupie, 0,519 w grupie chłopców i 0,498 w grupie dziewcząt. Analizując wyniki dla całej grupy (tab. 35), spośród wszystkich sześciu skal kwestionariusza IO„B1” najmocniejszą korelację z t-SPAI-C (0,513) oraz z większością skal czynnikowych wykazała skala B (lęku). Skala B kwestionariusza KID najlepiej korelowała ze drugą skalą

czynnikową SPAI-C (0,530). Skale D - zaburzeń aktywności i E - przejawów autodestrukcji słabiej korelowały z wynikami poszczególnych skal czynnikowych.

Tabela 35. Korelacje skal czynnikowych SPAI-C i podskal kwestionariusza IO„B1”, cała grupa.

		Skala kwestionariusza fobii społecznej				
		<i>total</i>	SCz1	SCz2	SCz3	SCz4
IOB1	Korelacja	,491	,399	,514	,379	,386
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	925	1056	1030	1088	1074
A	Korelacja	,464	,372	,474	,344	,355
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	933	1064	1038	1096	1082
B	Korelacja	,513	,427	,530	,394	,398
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	930	1061	1036	1094	1080
C	Korelacja	,451	,379	,452	,375	,348
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	933	1065	1039	1099	1084
D	Korelacja	,381	,299	,419	,292	,340
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	929	1061	1035	1094	1079
E	Korelacja	,365	,299	,399	,281	,312
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	932	1063	1037	1096	1081
F	Korelacja	,402	,344	,424	,302	,306
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	933	1065	1039	1099	1084

* dwustronna

Podobne zależności jak dla całej grupy uzyskano po uwzględnieniu podziału na płeć (tab. 36, 37). Wartość korelacji t-SPAI-C ze skalą B wyniosła w grupie chłopców (0,479) i dziewcząt (0,528) Skala B KID najlepiej korelowała z 2. skalą czynnikową SPAI-C, wartość współczynnika korelacji dla chłopców wyniosła 0,525 a dla dziewcząt 0,522.

10. Swoistość fobii społecznej w relacji do depresji

Przedmiotem analizy było wykrycie obszarów fobii społecznej, które są, oraz takich, które nie są związane z depresją. W tym celu przeprowadzono zredukowane i pełne analizy głównych składowych stosując rotację VARIMAX, OBLIMIN i QUARTIMAX na wynikach skal IO”B1” łącznie dla wyników skal czynnikowych SPAI-C i IO”B1” (10 skal). Wykonano również analizy regresji wielokrotnej, w których zmiennymi zależnymi była każda ze skal IO”B1” i skal SPAI-C. Wyniki analiz głównych składowych wskazują na obecność czynnika ogólnego w skalach IO”B1” oraz SPAI-C. Czynniki te wyjaśnia około 25 do 49% wartości wariancji wspólnej (suma kwadratów ładunków pierwszej głównej składowej po rotacji QUARTIMAX wynosiła 4,9, tj. 49% wariancji wyjaśnianej przez tę składową; korelacja między pierwszą i drugą składową po rotacji OBLIMIN związanych odpowiednio z obszarem depresji i fobii społecznej wynosiła $r=0,50$). Z uwagi na układ ładunków czynnikowych (wyraźnie wyższe ładunki skal IO”B1” niż SPAI-C) czynnik ogólny mógłby być związany z objawami depresyjnymi. Druga wyłoniona składowa po rotacji QUARTIMAX wyjaśniająca ponad 10% wariancji jest związana wyłącznie z obszarem fobii społecznej z dominacją lęku przed spotkaniami towarzyskimi. Kolejne składowe po rotacji QUARTIMAX związane są z objawami fobii społecznej zgrupowanymi swoiście w skalach czynnikowych 4, 1 i 3 i kolejne pięć głównych składowych związane są swoiście z poszczególnymi skalami IO”B1” z wyjątkiem skali B (lęku). Ta ostatnia ma najwyższy ładunek w pierwszym czynniku (0,939). Z powyższej pełnej analizy głównych składowych wynika dominujący udział objawów lęku (ale nie fobii społecznej) w czynniku ogólnym. Z obrazu rozkładu ładunków czynnikowych w pełnych analizach głównych składowych z rotacjami VARIMAX i QUARTIMAX zdaje się wynikać, że poza obszarem wspólnym prawdopodobnie związanym z depresją pozostałe obszary specyficzne dla fobii społecznej i objawów badanych kwestionariuszem IO”B1” są niejednorodne.

Z analiz regresji wielokrotnej poszczególnych skal IO”B1” i SPAI-C wynika, że poza wariancją wspólną lęku mierzonego przez skalę B kwestionariusza KID oraz fobii społecznej w obszarze drugiego czynnika SPAI-C (lęku przed spotkaniami towarzyskimi) związaną jednocześnie z innymi skalami IO”B1”, istnieje wariancja specyficzna tylko dla tych dwóch

skal. Można postawić hipotezę, że wariancja ta odnosi się do lęku poza obszarem depresji. Wariancja to wprowadzie nie jest duża, ale wyraźna (niecałe 10%).

Przeprowadzone analizy głównych składowych i regresji wielokrotnej dostarczają więcej argumentów na rzecz istnienia obszaru wspólnego objawów mierzonych kwestionariuszami IO”B1” i SPAI-C (ogólny czynnik depresji) niż argumentów przemawiających za istnieniem znacznego specyficznego czynnika fobii społecznej niezależnego od depresji.

V. DYSKUSJA

U prawie 10% nieleczonej populacji dwunastolatków postawiono przesiewowe rozpoznanie fobii społecznej - to zasadniczy wynik przeprowadzonego badania uczniów szóstych klas szkół podstawowych w Krakowie wykonanego w oparciu o zaadaptowany do warunków polskich kwestionariusz *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C) opracowany przez autorów amerykańskich [59, 60] oraz *Krakowski Inwentarz Depresyjny* (KID) wersja IO„B1” opracowany przez Bombę i wsp [61]. W badanej populacji rozpoznanie fobii społecznej ponad 1,5-krotnie częściej postawiono u dziewcząt, u których także obserwowano znamienne większą wartość średnią całkowitego wyniku w skali SPAI-C. Jednocześnie w badanej populacji depresję rozpoznano ponad 2,5-krotnie częściej aniżeli fobię społeczną. Ponadto wykazano, że przesiewowej diagnozie fobii społecznej u blisko 2/3 osób towarzyszy także przesiewowa diagnoza depresji.

Już tych kilka wartości dotyczących rozpowszechnienia fobii społecznej pozwala zorientować się, iż zaburzenie to może być jednym z najczęściej występujących, a jednocześnie niedocenianych problemów dorastającej młodzieży. Dotychczasowe informacje o rozpowszechnieniu i opisie fobii społecznej u dzieci i młodzieży pochodziły głównie z badań prowadzonych w USA i w Europie Zachodniej [6, 17, 21, 40-44]. Wobec niewielkiej liczby doniesień dotyczących rozpowszechnienia oraz jakościowego opisu profilu fobii społecznej u dzieci i młodzieży oraz jej współwystępowania z depresją w Polsce postanowiono przeprowadzić przesiewowe badanie epidemiologiczne populacji dwunastolatków szkół krakowskich dotyczące tego zagadnienia.

1. Narzędzia badawcze do oceny fobii społecznej

Badanie w całości zrealizowano w ramach programu badawczego na temat stanu zdrowia psychicznego młodzieży w Krakowie. Spośród całej populacji dwunastolatków,

uczniów klas szóstych szkół krakowskich wyłoniono w drodze losowania reprezentatywną grupę badaną, stanowiącą blisko 16% populacji dwunastolatków mieszkających w Krakowie.

Jednym z najistotniejszych z metodycznego punktu widzenia etapów każdego badania epidemiologicznego jest wybór odpowiedniego narzędzia badawczego i sposobu jego zastosowania. Standaryzowane narzędzia badawcze są po pierwsze cennym uzupełnieniem badania klinicznego, a po wtóre są stosowane w badaniach naukowych do oceny stanu psychicznego oraz diagnostyki zaburzeń psychicznych zarówno w warunkach klinicznych jak i w epidemiologicznych badaniach przesiewowych [62]. Walorem standaryzowanego narzędzia badawczego jest to, iż służy do obiektywnej, niezależnej od badacza, ilościowej oceny stopnia nasilenia zaburzeń, jakościowego opisu profilu występujących zaburzeń, a także wnioskowania diagnostyczno-terapeutycznego. Wyróżniamy trzy rodzaje standaryzowanych narzędzi badawczych: listy albo inwentarze kliniczne, skale kliniczne oraz wywiady standaryzowane. Przydatność standaryzowanych narzędzi klinicznych zależy od oceny ich wartości psychometrycznej. Najważniejszymi jej wskaźnikami są: rzetelność, trafność i praktyczność. Oceny każdego ze wskaźników dokonuje się wielokrotnie. Rzetelność oznacza dokładność, wiarygodność oceny, czyli taką właściwość, która sprawia, że za pomocą tego samego narzędzia zastosowanego ponownie, w podobnych warunkach, można uzyskać zbliżone wyniki. Trafność określa cechę prawdziwości, adekwatności wyników uzyskiwanych za pomocą narzędzia. Narzędzie jest uznawane za trafne, gdy ocenia rzeczywiście to, do czego jest użyte. Praktyczność to właściwości, które decydują o praktycznej możliwości zastosowania danego narzędzia. Wyniki analiz wykonanych na podstawie badań z zastosowaniem standaryzowanego narzędzia badawczego są wartościowym sposobem tworzenia wytycznych medycyny opartej na faktach.

Pomimo utworzenia wielu narzędzi diagnostycznych dotyczących fobii społecznej u dorosłych, zakres piśmiennictwa na temat tego zaburzenia u dzieci i młodzieży jest znacznie mniejszy.

2. Narzędzia służące do rozpoznawania fobii społecznej u dorosłych

Jednym ze stosunkowo często stosowanych narzędzi do oceny fobii społecznej u dorosłych jest składająca się z 24 pozycji skala *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS; Liebowitz, 1987) dotycząca objawów lęku oraz zachowań unikających w sytuacjach społecznych charakterystycznych dla omawianego zaburzenia. Skala LSAS posiada odpowiednie właściwości psychometryczne, za jej pomocą można oceniać odpowiedź na leczenie [63].

Innymi narzędziami o dobrych właściwościach psychometrycznych do oceny fobii społecznej u dorosłych są stosowane łącznie skale: *Social Interaction Anxiety Scale* i *Social Phobia Scale* (Heimberg, Mueller, Holt, Hope i Liebowitz, 1992 [64]).

Skala *The Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI; Turner, Beidel, Dancu i Stanley, 1989) jest składającym się z 45 pozycji narzędziem służącym do oceny objawów somatycznych, negatywnego myślenia oraz zachowania w wielu sytuacjach społecznych potencjalnie powodujących lęk. W szeregu badań udokumentowano bardzo dobre właściwości psychometryczne tej skali [65, 66].

3. Narzędzia służące do rozpoznawania fobii społecznej u dzieci i młodzieży

Szereg skal często używanych do oceny lęku w sytuacjach społecznych u dzieci i młodzieży to narzędzia skonstruowane do oceny lęku w ogóle. I tak, za pomocą skal: *Fear Survey Schedule for Children - Revised* (FSSC-R; Ollendick, 1983), *the Revised Children Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds i Richmond, 1978), oraz *Child Behaviour Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) można różnicować dzieci z zaburzeniami lękowymi ze zdrowymi, natomiast nie można rozpoznać dzieci z zaburzeniami lękowymi wśród tych z innymi zaburzeniami psychicznymi. Niemniej jednak, wiele z tych kwestionariuszy stosuje się nadal jako narzędzia z wyboru do badania lęku w sytuacjach społecznych. Niedawno utworzono dwa narzędzia badawcze przeznaczone do oceny funkcjonowania społecznego u dzieci i młodzieży z fobią społeczną. Obydwa te narzędzia są nowymi wersjami istniejących już narzędzi służących rozpoznawaniu fobii społecznej u dorosłych [17].

Pierwszym narzędziem służącym do oceny lęku w sytuacjach społecznych u dzieci była skala *Social Anxiety Scale for Children* (SASC) [67]. Była wzorowana na skalach dla dorosłych (SDADS - *Social Avoidance and Distress Scale* i FNES - *Fear of Negative Evaluation Scale*). W badaniach rozróżniono następnie dwie składowe skali: 1. unikanie i lęk związany z nowymi sytuacjami i poznawaniem rówieśników (SAD - część nowa) oraz 2. uogólnione zachowania unikające i lęk związany z przebywaniem w grupie znanych rówieśników (SAD - część ogólna). Wprowadzając to rozróżnienie La Greca i Stone utworzyli nową wersję narzędzia w 1993 roku. Skala *SASC - Revised* - wersja poprawiona (SASC-R) [68] jest składającym się z 22 pozycji narzędziem o dobrych właściwościach psychometrycznych (doskonała spójność wewnętrzna oraz dobra wiarygodność i trafność) [68, 69].

W 1998 roku La Greca i Lopez utworzyli wersję SASC-R dla osób w okresie dorastania - *Social Anxiety Scale for Adolescents* (SAS-A), w której uwzględniono specyfikę tego

okresu. W kilku badaniach porównywano właściwości psychometryczne tej skali z innymi narzędziami badawczymi [69-71].

Niedawno utworzono również wersję skali LSAS dla dzieci i młodzieży (*Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents- LSAS-CA*), wstępne badania wskazują, że jest narzędziem o dobrej trafności i rzetelności [72].

4. Badania przesiewowe osób w okresie dorastania

W związku ze zwiększającą się liczbą schorzeń diagnozowanych w populacji młodzieży i w konsekwencji podejmowanych prób ich leczenia, powstają istotne klinicznie nowe problemy. Czy lęk w sytuacjach społecznych u młodzieży w ogóle należy oceniać? Czy aktualnie istniejące narzędzia badawcze służące do oceny fobii społecznej u dzieci i dorosłych są właściwie zaprojektowane? Czy należy tworzyć narzędzia badawcze dostosowane do charakterystycznej dla okresu dorastania zmienności stanów emocjonalnych i zachowań, tak jak robią to niektórzy autorzy, np. skali SAS-A? [17]. Beidel i Turner (1998) zalecają stosowanie u młodzieży w wieku powyżej 14 lat kwestionariusza w wersji dla dorosłych [60, 65], La Greca (1999) zaleca badanie dzieci i młodzieży we wczesnej fazie dorastania za pomocą skali SASC-R, natomiast u starszej młodzieży – za pomocą skali SAS-A [73]. Niezbędne jest przeprowadzenie dalszych badań celem oceny przydatności zmodyfikowanych wersji podstawowych omówionych powyżej narzędzi badawczych w tak szczególnym okresie rozwoju psychicznego, jakim jest okres dorastania.

5. Zastosowanie kwestionariusza SPAI-C

Przed przystąpieniem do realizacji prezentowanego projektu nie dysponowano wystandaryzowanym narzędziem badawczym do badania fobii społecznej w populacji dzieci i młodzieży w Polsce. Spośród dostępnych w literaturze skal podjęto próbę zaadoptowania do warunków polskich skali *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C™) - kwestionariusza obecnie stosowanego w wielu krajach do rozpoznawania fobii społecznej u dzieci zarówno w warunkach klinicznych jak i w badaniach przesiewowych, będącego odmianą kwestionariusza SPAI™ używanego do oceny fobii społecznej u dorosłych. Dokładną charakterystykę kwestionariusza SPAI-C opracowanego w latach 1991-1995 [59, 60] przez Beidel i wsp. podano w rozdziale: „Materiał i metodyka”. Skala SPAI-C - za zgodą autora i posiadacza praw autorskich - została przetłumaczona na język polski, a następnie zastosowana w badaniu.

W kwestionariuszu SPAI-C oryginalnie utworzonym dla populacji amerykańskich dzieci i młodzieży w wieku 9-14 lat, punkt przesiewowy wynoszący 18 oznacza możliwość wystąpienia fobii społecznej. Punkt ten ustalono weryfikując wynik kwestionariusza badaniem klinicznym dzieci. Liczebność grup amerykańskich wynosiła w zależności od fazy badania od 20 do 40 dzieci. Każde badanie epidemiologiczne populacji innej niż ta, dla której kwestionariusz oryginalnie utworzono wymaga jego standaryzacji ze względu na międzypopulacyjne różnice kulturowe i społeczne. W omawianym badaniu przesiewowym grupa, która docelowo miała zostać poddana badaniu była na tyle duża (liczyła ponad 1000 osób), że standaryzacja wyniku kwestionariusza metodą badania klinicznego była niemożliwa. Drugą metodą standaryzacji skali jest standaryzacja w oparciu o wynik równoległe przeprowadzonego badania innym kwestionariuszem dotyczącym tej samej problematyki, wcześniej już opracowanym i wystandaryzowanym dla danej populacji. Również tej metody standaryzacji dla badanej populacji polskiej młodzieży nie można było zastosować z powodu braku narzędzia, do którego można byłoby porównać wynik SPAI-C. Dlatego zastosowano pośredni model standaryzacji wyniku skali SPAI-C w oparciu o wynik równoległe prowadzonego już wystandaryzowanego kwestionariusza KID „IOB1” służącego do przesiewowej diagnozy depresji u młodzieży, a którego jednym z elementów badanych jest lęk. W oparciu o wynik graficznej analizy regresji punkt przesiewowy rozpoznania fobii społecznej na skali wyniku ogólnego kwestionariusza SPAI-C ustalono w oparciu o przesiewowe kryterium diagnozy depresji w kwestionariuszu KID „IOB1”. Wartości 7 stena, który jest punktem przesiewowym depresji w skali KID, odpowiadał na podstawie analizy regresji punkt przesiewowy o wartości 18 skali SPAI-C. Zatem punkt przesiewowy fobii społecznej wyznaczony metodą pośrednią dla populacji polskich dwunastolatków był identyczny z wcześniej wyznaczonym dla populacji amerykańskiej. Oznacza to, że również w populacji polskiej uzyskanie 18 punktów w kwestionariuszu SPAI-C oznacza możliwość rozpoznania fobii społecznej.

6. Rozpowszechnienie fobii społecznej

Współczynniki rzetelności alfa-Cronbacha uzyskane zarówno w całej grupie, jaki i w podgrupach w zależności od płci były bardzo duże i porównywalne z takimi samymi uzyskanymi przez innych badaczy. W badaniach przeprowadzonych przez autorów kwestionariusza uzyskano wartości współczynnika alfa w zakresie 0,92-0,95 [59, 60], w przedstawionym badaniu wartości te osiągnęły zakres 0,92-0,94. Wartości całkowitego

wyniku kwestionariusza fobii społecznej zarówno dla całej grupy, jaki w zależności od płci, miały rozkład zbliżony do uzyskanego przez Beidel i wsp. [59].

Zasadniczym celem omawianego badania była ocena rozpowszechnienia fobii społecznej w nieleczonej populacji polskich dwunastolatków. Przy założeniu wartości punktu przesiewowego wynoszącej 18 – identycznej jak dla populacji amerykańskiej, wyznaczonej w sposób pośredni - odsetek dwunastolatków, u których postawiono przesiewową diagnozę fobii społecznej wyniósł 9,6%. Czy to odsetek duży czy mały? Jaka jest rzeczywista wartość tego wyniku?

Dokładne dane epidemiologicznego dotyczące fobii społecznej przedstawiono we wstępie dysertacji. Jednym z najistotniejszych wniosków płynących z dotychczas przeprowadzonych badań jest brak zgodności, co do częstości występowania fobii społecznej. W zależności od badania autorzy szacują występowanie tego zaburzenia na około 2% do blisko 25% badanej populacji dzieci, młodzieży lub dorosłych [6, 10, 17, 21, 40-44, 74]. Skąd tak duże rozbieżności w uzyskiwanych wynikach? Analizując dostępne badania można dojść do wniosku, iż podstawowym elementem decydującym o rozpowszechnieniu fobii społecznej jest wiek i rodzaj badanej populacji oraz - to być może jeszcze silniejszy czynnik - sposób diagnozy i rodzaj zastosowanego narzędzia badawczego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie fobii społecznej.

Beidel przytacza badania, które wskazują, że zaburzenia lękowe bardzo często występują w okresie dorastania [75]. W badaniu przeprowadzonym w Nowej Zelandii (opublikowanym w 1987 roku, w którym stosowano kryteria klasyfikacji DSM-III) w populacji dzieci w wieku 11 lat lęk separacyjny (*separation anxiety disorder*) stwierdzono u 3,5% badanych, u 2,9% zaburzenie z nadmiernym lękiem (*overanxious disorder*), natomiast fobię społeczną u 0,9% badanych [76]. Tę samą grupę zbadano po 4 latach. W grupie 15-latków zaburzenia lękowe dotyczyły 12,6% badanych. Prawie połowę tej liczby stanowiło zaburzenie z nadmiernym lękiem (5,9%), u 2% badanych rozpoznawano lęk separacyjny a fobię społeczną stwierdzono u 3,6% [77]. Podobne badania przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych [78]. Najczęstszymi zaburzeniami rozpoznawanymi w grupie młodzieży w wieku 14–16 lat były zaburzenia lękowe i zaburzenia zachowania (wykazano, że częstość występowania każdego z nich wynosiła 8,7%). Wśród zaburzeń lękowych 85% stanowiło zaburzenie z nadmiernym lękiem. W przeprowadzonych później badaniach epidemiologicznych dokładniej zbadano grupy 8-, 12- i 17-latków [79, 80]. W oparciu o objawy podawane przez badane dzieci i młodzież stwierdzono występowanie zaburzeń lękowych u 21% badanych. Fobia społeczna odpowiadała za 1,1% z tych zaburzeń.

W niemieckim badaniu *Bremer Adolescent Study* (BAS) [10] przebadano uczniów szkół w Bremie w wieku 12-17 lat. W badaniu wzięło udział 1444 uczniów, do analiz włączono dane 1035 [71,7%] uczniów. Dla porównania w prezentowanym badaniu odsetek nastolatków, których ankiety zostały wypełnione w sposób satysfakcjonujący dla dalszych analiz wyniósł 81,4%, zatem był zbliżony. W badaniu BAS średnia wieku młodzieży wyniosła 14,3 (SD=1,7), zatem była wyższa od wieku w badanej grupie. Narzędziem, jakie zastosowano był kwestionariusz CIDI (Composite International Diagnostic Interview, autorzy Wittchen i Pfister, 1996) oparty na kryteriach DSM-IV. Okazało się, że tylko 1,6% młodzieży spełniało kryteria fobii społecznej (kiedykolwiek w ich życiu), a częstość występowania fobii społecznej zwiększała się wraz z wiekiem. Największy wzrost obserwowano pomiędzy grupami w wieku 12-13 a 14-15 lat. Stwierdzono, że częstość występowania lęku w sytuacjach społecznych była znacznie większa: 47,2% uczniów podawało lęk w którejś z sytuacji społecznych, istotnie większą liczbę w tej grupie stanowiły dziewczęta ($p<0,01$). Najczęstszym objawem był lęk przed wykonywaniem jakiejś czynności przed grupą ludzi, kolejnymi pod względem częstości występowania były lęk przed przemawianiem przed publicznością oraz przed rozmową z innymi osobami. U młodzieży z fobią społeczną częściej występowały inne zaburzenia psychiczne, u 41,2% z nich rozpoznawano też zaburzenia pod postacią schorzeń somatycznych, u 29,4% zaburzenia depresyjne, a u 23,5% używanie substancji psychoaktywnych. Ponad połowa uczniów z fobią społeczną podawała upośledzenie funkcjonowania w szkole, pracy lub w trakcie sytuacji społecznych. Tylko 23,5% osób z fobią społeczną i 14,5% spośród tych, którzy podawali lęk w sytuacjach społecznych wyrażało potrzebę ich leczenia. W omawianym badaniu fobię społeczną częściej rozpoznawano u dziewcząt niż u chłopców, niemniej nie stwierdzano istotności statystycznej tej różnicy. Podobnie jak w innych, wcześniej publikowanych badaniach [81], u osób z fobią społeczną ekspozycji na sytuacje wywołujące lęk towarzyszyły liczne objawy fizyczne, takie jak uczucie kołatania serca, potliwość, skrócenie oddechu i drżenie.

W analizie Canals i wsp. z 1997 roku [za 10] rozpowszechnienie fobii społecznej w populacji młodzieży w wieku 18 lat określono na 1,7%. Zauważono, iż rozpoznanie fobii społecznej w znacznym stopniu zależy od tego czy badaniem obejmujemy samego pacjenta, czy o opinię pytamy otoczenie badanego. W badaniu Verhulst i wsp. [82] rozpowszechnienie fobii społecznej na podstawie badania młodzieży oszacowano na 3,7%, a w oparciu o badanie rodziców w tej samej grupie młodzieży na ponad 6,3%. Strauss i Last [83] przytaczają rodzaje sytuacji, które najczęściej powodowały lęk u badanej przez nich młodzieży z rozpoznaną

fobią społeczną: przebywanie w szkole (64%), przemawianie przed publicznością (57%), lęk przed zaczerwienieniem (25%), przebywanie w tłumie (21%), picie lub jedzenie w obecności innych osób (18%), ubieranie się w obecności innych osób (14%), korzystanie z publicznych toalet (7%).

W badaniu Clarka [za 10] u dużego odsetka adolescentów uzależnionych od alkoholu rozpoznano również fobię społeczną. Last i wsp. [40] wykazali duże odsetki współwystępowania fobii społecznej z lękiem separacyjnym (86,9%) oraz z dużą depresją (55%).

Rozpoznanie fobii społecznej postawione w przedstawionym badaniu u niespełna 10% badanych jest jedynie diagnozą przesiewową obciążoną pewnym odsetkiem zarówno wyników fałszywie dodatnich jak i fałszywie ujemnych. Niestety ze względu na liczebność grupy przesiewowa diagnoza nie została zweryfikowana w oparciu o badanie kliniczne.

Istotną obserwacją płynącą z przeprowadzonego badania jest fakt, iż w populacji przebadanych dziewcząt wyraźnie znamienne częściej postawiono rozpoznanie fobii społecznej aniżeli w grupie chłopców, odsetek ten wyniósł 12,2% podczas gdy w grupie chłopców jedynie 7,4%. Różnice w częstości występowania fobii społecznej były już dotychczas opisywane, niemniej nie były one istotne statystycznie zarówno w badaniu Beidel i wsp. jak [59, 60] jak i w Bremer Adolescent Study [10]. W przedstawionej analizie różnice pomiędzy płciami dotyczyły nie tylko odsetka badanych, u których postawiono przesiewową diagnozę fobii społecznej, ale również średniej wartości wyniku całkowitego skali SPAI-C i rozkładu liczby badanych w zależności od całkowitej liczby punktów w skali SPAI-C.

7. Jakościowy profil fobii społecznej

Drugim zasadniczym celem przeprowadzonego badania był próba opisu jakościowego profilu fobii społecznej badanej polskiej populacji. W oryginalnych badaniach twórców kwestionariusza SPAI-C z 1995 roku [59] w analizie czynnikowej wyróżniono trzy czynniki: I. asertywność/lęk przed rozmową, II. lęk przed spotkaniami towarzyskimi, III. lęk przed wystąpieniami publicznymi. Późniejsze analizy tych samych autorów przyniosły rozwiązanie 5-czynnikowe [84]. Do opisanych powyżej czynników dodano kolejne dwa: unikanie sytuacji społecznych i objawy somatyczne. Czynniki utworzone na bazie pierwszego cytowanego badania tłumaczyły 59% całkowitej wariancji a drugiego 58%. W wykonanym badaniu na podstawie analizy czynnikowej pozycji SPAIC uzyskano rozwiązanie czteroczynnikowe wg kryterium wartości własnej ≥ 1 zarówno dla całej próby, jak też oddzielnie dla obu płci. Należy nadmienić, że test osypiska oraz uzyskanie wysokiej wartości własnej pierwszej

składowej przed rotacją wskazują na rozwiązanie jednoczynnikowe, co uzasadnia stosowanie skali ogólnej kwestionariusza. Wyodrębnione w prezentowanym badaniu czynniki tłumaczyły blisko 55% całkowitej wariancji, w grupie chłopców blisko 53% całkowitej wariancji, a w grupie dziewcząt ponad 58% całkowitej wariancji. Czynnikiem uzyskanym dla całej grupy oraz dla dziewcząt nadano interpretację treściową zgodnie z którą przypisano im następujące nazwy: I. asertywność, II. lęk przed spotkaniami towarzyskimi, III. lęk przed wystąpieniami publicznymi, IV. unikanie sytuacji społecznych. Dla chłopców nazwano je: I asertywność, II. lęk przed spotkaniami towarzyskimi/unikanie sytuacji społecznych, III. lęk przed wystąpieniami publicznymi, IV. lęk przed rozmową. Z analizy treściowej wyodrębnionych czynników wynika, iż różnią się one pomiędzy płciami i zasadnicza różnica polega na wyodrębnieniu czynnika „lęk przed rozmową” w grupie chłopców, nie wyodrębniono go dla grupy dziewcząt. Wartości wyniku czynnikowego otrzymane dla pierwszych dwóch czynników, czyli asertywności oraz lęku przed sytuacjami towarzyskim, były znamienne większe wśród dziewcząt, co może być przyczyną większych wartości wyniku całkowitego SPAI-C w grupie dziewcząt jak i większego odsetka dziewcząt z przesiewowym rozpoznaniem fobii społecznej.

W całej grupie wynik czynnikowy drugi, czyli „lęk przed spotkaniami towarzyskimi” najlepiej spośród wyodrębnionych czynników korelował z poszczególnymi podskalami kwestionariusza KID. Wynik ogólny kwestionariusza IO„B1” najmocniej korelował również z wynikiem czynnikowym drugim zarówno w całej grupie, jaki i z uwzględnieniem płci. Z powyższych obserwacji wynika wyraźnie, iż lęk przed spotkaniami towarzyskimi jest elementem fobii społecznej mającym najwięcej wspólnego zarówno z depresją jak i jej poszczególnymi objawami psychopatologicznymi zgrupowanymi w podskalach. Z kolei wynik czynnikowy trzeci, czyli „lęk przed wystąpieniami publicznymi” najlepiej koreluje z całkowitym wynikiem SPAI-C zarówno w całej grupie, jaki i oddzielnie w grupach chłopców i dziewcząt.

Z kolei, spośród wszystkich sześciu skal kwestionariusza IO„B1” najmocniejszą korelację z poszczególnymi wynikami czynnikowymi wykazała skala B - lęku. Skala B kwestionariusza KID najlepiej korelowała z wynikiem czynnikowym drugim. Skale C - zaburzeń poznawczych, D - zaburzeń aktywności i E - przejawów autodestrukcji najslabiej korelowały z wynikami czynnikowymi. Niskie wartości współczynnika korelacji w tych ostatnich zależnościach zdają się dodatkowo potwierdzać istotę i przeznaczenie skali SPAI-C, a najsilniejszy związek pomiędzy wynikami zarówno całkowitym jak i cząstkowymi kwestionariusza SPAI-C badającego natężenie objawów fobii społecznej a podskala B lęku w

depresji był do przewidzenia i tylko jeszcze raz potwierdza właściwą konstrukcję skali SPAI-C.

W ślad za wyodrębnionymi czynnikami utworzono skale czynnikowe. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że współczynniki rzetelności dla wyodrębnionych czterech podskal czynnikowych są zadawalające, a ich wartość oscylowała w przedziale od 0,73 do 0,86. Na uwagę zasługuje bardzo wysoka wewnętrzna korelacja wyników czynnikowych i skal czynnikowych w całej grupie jak i po uwzględnieniu płci osiągająca maksymalne wartości w odniesieniu do korelacji jednoimiennych wyników czynnikowych i skal czynnikowych. Zaobserwowano również bardzo duże wartości korelacji pomiędzy poszczególnymi skalami czynnikowymi, jak również pomiędzy skalami czynnikowymi i wynikiem całkowitym, co przemawia za istnieniem czynnika ogólnego.

Uzyskane wyniki analiz czynnikowych dla odmiennych populacji polskich i amerykańskich są podobne, co wskazuje na znaczną stałość struktury czynnikowej kwestionariusza, zarówno międzykulturową jak i międzypopulacyjną. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że badania na temat różnic międzykulturowych są do tej pory nieliczne. Jednym z przeprowadzonych po raz pierwszy jest badanie Ferrell i wsp., dotyczące porównania grup dzieci w okresie przedpokwitaniowym rasy białej i czarnej, które skierowano do leczenia z powodu fobii społecznej. W tym badaniu nie stwierdzono różnic w ocenie ani wynikach leczenia fobii społecznej pomiędzy badanymi populacjami [85].

8. Współwystępowanie fobii społecznej i depresji

Współwystępowanie zaburzeń lękowych i depresji jest częste. Zaburzenia lękowe współwystępują w 11-69% (mediana 17%) z depresją, podczas gdy depresja współwystępuje w 15-75% (mediana 39%) z zaburzeniami lękowymi [86, 87]. Fobia społeczna to jedno z najczęstszych zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży [43, 82]. Według danych pochodzących z badań epidemiologicznych towarzyszy depresji od kilku do 25-31% przypadków [10, 43], podczas gdy w badaniach klinicznych współwystępowanie to jest częstsze, od 17 do 52% [46, 88]. Początek pojawiania się objawów fobii zwykle poprzedza początek występowania zaburzeń depresyjnych [43, 49]. Zrozumienie i implikacje płynące z tej współzależności rozciągają się poza stwierdzenie samego faktu. Na przykład fobia społeczna u dzieci ze stwierdzoną depresją jest przyczyną znacznie większego upośledzenia ich funkcjonowania aniżeli każde z tych zaburzeń osobno [89]. Ponadto, współwystępowanie zaburzeń modyfikuje ich przebieg. U co najmniej 1/3 dzieci z fobią społeczną obserwuje się w przyszłości zaburzenia lękowe i depresję [89].

Przesiewowa diagnoza depresji postawiona została w prezentowanym badaniu na podstawie wyniku kwestionariusza KID IO„B1”. Odsetek wszystkich dwunastolatków z takim rozpoznaniem stanowił prawie 24%. Wśród nich około 25% to młodzież z przesiewową diagnozą zarówno fobii społecznej jak i depresji, podczas gdy wśród badanych z rozpoznaniem fobii społecznej u blisko 2/3 jednocześnie rozpoznano depresję. Zatem w badanej grupie osoby jedynie z depresją stanowiły ponad 4-krotnie liczniejszą grupę aniżeli ci z rozpoznaniem jedynie fobii społecznej (18,1 względem 3,9%). Wynik ten wskazuje, że w grupie dwunastolatków rozpowszechnienie depresji jest znacznie większe aniżeli fobii społecznej. Co również ważne, w dużym odsetku przypadków diagnoza przesiewowa fobii społecznej łączy się z przesiewowym rozpoznaniem depresji. Informacje dotyczące częstości współwystępowania fobii społecznej z depresją w świetle dostępnych badań [10, 11, 60] zostały zebrane w tabeli 3. Warto również zauważyć, że u ponad 70% badanych nie postawiono przesiewowego rozpoznania ani depresji ani fobii społecznej. Na koniec rozważań nad częstością występowania fobii społecznej i zaburzeń depresyjnych u dwunastolatków należy podkreślić, że wystąpienie tych ostatnich bardzo istotnie statystycznie zwiększa ryzyko wystąpienia fobii społecznej (blisko 5-krotnie). Zależność ta jest szczególnie nasilona u chłopców (iloraz szans 8,5), trochę mniej widoczna, ale również istotnie statystycznie zaznaczona jest wśród dziewczynek (iloraz szans 2,9). Podobny trend dotyczy fobii społecznej, która wiąże się ze znamienne częstszym występowaniem depresji zarówno w całej badanej grupie jak i po uwzględnieniu podziału na płeć.

Pomimo iż współwystępujące zaburzenia wydają się mieć istotny wpływ na siebie nawzajem, to współzależności te i płynące z nich wnioski praktyczne są niestety na ogół klinicznie ignorowane. Widać to wyraźnie na przykładzie kwalifikacji do badań klinicznych, gdzie współistnienie innych zaburzeń jest nierzadko czynnikiem wyłączającym z badania nad jednym konkretnym zaburzeniem. Jednym z najistotniejszych problemów dotyczących współwystępowania zaburzeń jest brak dostatecznej wiedzy o mechanizmie ich powstawania i rozwoju, co już od początku leży u podłoża ograniczonej skuteczności wszelkich wysiłków terapeutycznych w praktyce klinicznej. Według Ruttera [90] obserwacja współwystępowania zaburzeń powinna być punktem wyjścia dla badań nad jego mechanizmami, a niestety, ze względu na trudność zagadnienia, najczęściej w żaden sposób nie dochodzi do wytłumaczenia mechanizmów tego procesu, a cały wysiłek staje się tylko jeszcze jednym bodźcem do podejmowania dalszych badań.

Częstość współwystępowania fobii społecznej i depresji jest większa niż można by jej oczekiwać. Według France i wsp. [91] u podłoża tej obserwacji leży kilka przyczyn. Po

pierwsze, przyczyny każdego z zaburzeń oddzielnie w sytuacji współwystępowania mogą nakładać się na siebie. Po drugie, w sytuacji współwystępowania mamy do czynienia z rozszczepieniem jednostkowych ukrytych składowych każdego z zaburzeń do innych kategorii nowego złożonego zaburzenia. Z kolei dwa zaburzenia mogą współwystępować, ponieważ mają podobną konstrukcję oraz czynniki etiologiczne i czynniki ryzyka. W końcu jedno z zaburzeń może modyfikować ryzyko wystąpienia drugiej składowej. Dalsze rozważania France i wsp. sprowadzają się do wniosku, że o ile pierwsze dwie przyczyny sugerują, że współwystępowanie fobii społecznej i depresji jest artefaktem powstałym podczas definiowania go, o tyle dwie kolejne wskazują na to, że współwystępowanie zaburzeń jest spowodowane naturą zarówno fobii społecznej jak i depresji [91].

Seligman i Ollendick [92] sugerują, że aby hipoteza o częstym współwystępowaniu fobii społecznej i depresji u młodzieży dzięki nakładaniu się definicji była prawdziwa musi zostać spełnionych kilka warunków. W swoich rozważaniach autorzy posługują się definicją prawdopodobieństwa warunkowego. Według nich należy po pierwsze ustalić, że u osób z rozpoznaniem depresji warunkowe prawdopodobieństwo rozpoznania również fobii społecznej jest większe niż warunkowe prawdopodobieństwo rozpoznania depresji u osób z fobią społeczną, co oznacza, że większy odsetek kryteriów fobii społecznej powinien nakładać się na kryteria depresji. Po drugie, częstość współwystępowania fobii społecznej i depresji powinna zależeć w sposób bezpośredni od liczby wspólnych kryteriów ujętych w definicji. I po trzecie, korelacja pomiędzy oceną depresji i fobii społecznej - po usunięciu nakładających się kryteriów - powinna przestać być znamienna [92].

W analizowanym badaniu warunkowe prawdopodobieństwo wystąpienia fobii społecznej wśród dwunastolatków z depresją wyniosło 24,1% natomiast warunkowe prawdopodobieństwo wystąpienia depresji wśród 12-latków z fobią społeczną wyniosło 59,6%, zatem pierwszy warunek nie został spełniony. Warunki drugi i trzeci również nie mogły być spełnione, gdyż narzędzia zastosowane do oceny fobii społecznej - kwestionariusz SPAI-C - jak również do oceny depresji - kwestionariusz KID IO „B1” - nie posiadały wspólnych kryteriów diagnostycznych.

Z dostępnych danych na temat współwystępowania zaburzeń lękowych i depresyjnych wynika, iż mechanizm nakładania nie może jako jedyny tłumaczyć współwystępowania lęku i depresji [93]. W badaniach przesiewowych za pomocą kwestionariuszy, z których wyeliminowano takie same pozycje dotyczące współwystępujących zaburzeń lękowych i depresyjnych nadal istnieje pomiędzy nimi istotna zależność, co jest niezgodne z trzecim warunkiem [94]. Oczywiście trzeba wziąć pod uwagę wszystkie ograniczenia tak

przeprowadzonych badań. Z badań epidemiologicznych nad lękiem i depresją nie można uzyskać dokładnych informacji o ich współwystępowaniu, ponieważ kwestionariusze takie w rzeczywistości oceniają interferujące ze sobą dane dotyczące częstości wszystkich zaburzeń lękowych, a nie każdego osobno. W badaniu będącym przedmiotem dysertacji tego ograniczenia nie ma. Ponadto, badania często obejmują małe grupy osób, ten argument również nie dotyczy prezentowanego badania. W obecnie konstruowanych kwestionariuszach badających szeroko pojęty lęk i depresję nacisk kładziony jest na rozróżnienie obu zaburzeń, jak również na prognozowanie niekorzystnych zdarzeń jako konsekwencji każdego z zaburzeń. Oba te cele są realizowane dzięki identyfikacji objawów, które często są konsekwencją nakładania się kilku kryteriów różnych zaburzeń [92]. Mechanizm nakładania się objawów fobii społecznej i depresji został przebadany przez Bernsteina i wsp. [89] w grupie 26 pacjentów w wieku 9-17 lat przewlekłe opuszczających zajęcia w szkole. Spośród 26 osób 18 (69%) spełniało kryteria depresji, 16 (62%) kryteria fobii społecznej a 13 (50%) kryteria obu zaburzeń jednocześnie. Zatem u połowy opuszczających zajęcia szkolne stwierdzono nakładanie się objawów depresji i fobii społecznej. Dla porównania, w prezentowanym badaniu przeprowadzonym w populacji dotychczas nieleczzonej, analogiczne odsetki wyniosły 18,1; 3,9 i 5,7%. W badaniu Bernsteina młodzież z rozpoznanymi oboma zaburzeniami uzyskała istotnie wyższą punktację w zastosowanych instrumentach psychometrycznych w porównaniu z tymi osobami, u których rozpoznano tylko depresję lub tylko fobię społeczną. Co ciekawe, dzieci i młodzież z depresją częściej prezentowały objawy fobii społecznej niż te które jej nie miały, natomiast w populacji dzieci i młodzieży z fobią społeczną w stosunku do osób bez fobii nie stwierdzano częściej objawów depresji. Różnica taka pojawiła się dopiero wówczas, gdy stopień fobii społecznej zróżnicowano w oparciu o wynik badania na fobię społeczną o lekkim i ciężkim stopniu nasilenia objawów. W tej ostatniej grupie bardzo wyraźnie zaznaczyły się różnice w nasileniu objawów depresji, samoocenie i tendencjach samobójczych. Stopień nasilenia objawów w tej grupie był tak duży, iż w oparciu o samo badanie kliniczne nie można było rozróżnić depresji i ciężkiej fobii społecznej [89].

Na podstawie danych uzyskanych w prezentowanym badaniu można powiedzieć, iż przesiewowo postawione na podstawie wyniku kwestionariuszy SPAI-C i KID rozpoznanie odpowiednio fobii społecznej i depresji bardzo istotnie wpłynęło na wyniki czynnikowe i wartość skal czynnikowych zarówno dla całej grupy, jak i po uwzględnieniu płci. W grupie chłopców obecność depresji najsilniej różnicowała wyniki czynnikowe lęku przed spotkaniami towarzyskimi i unikaniem sytuacji społecznych oraz lęku przed rozmową. Z

kolei w grupie dziewcząt obecność depresji znamienne różnicowała wartości wszystkich wyników czynnikowych, najsilniej - lęku przed spotkaniami towarzyskimi. W przeciwieństwie do badania Bernsteina [89] postawione - w prezentowanej analizie - przesiewowe rozpoznanie fobii społecznej bardzo wyraźnie różnicowało wartości skal czynnikowych w całej grupie, jak również po uwzględnieniu poszczególnych wymiarów kwestionariusza IO„B1”. Najistotniejszą różnicę w wartości skali czynnikowej - co wydaje się spójne i logiczne - odnotowano w odniesieniu dla podskali lęku w kwestionariuszu IO„B1”. Depresja była również przyczyną znamienych różnic w wartości skal czynnikowych po uwzględnieniu płci. Postawione przesiewowo rozpoznanie depresji bardzo znamienne różnicowało wartości wszystkich skal czynnikowych w całej grupie jak i po uwzględnieniu płci. Największą różnicę pomiędzy wartościami skal czynnikowych w zależności od wystąpienia depresji - w całej grupie oraz w grupie chłopców - odnotowano dla lęku przed spotkaniami towarzyskimi, a w grupie dziewcząt dla lęku przed spotkaniami towarzyskimi i unikaniem sytuacji społecznych.

Druga hipoteza dotycząca mechanizmu częstego współwystępowania fobii społecznej i depresji u młodzieży opiera się na ich wspólnej konstrukcji. Do udowodnienia takiej hipotezy potrzebne jest przeprowadzenie badawczej analizy czynnikowej i wykazanie, że lepszym rozwiązaniem jest model jedno- a nie dwuczynnikowy lub przeprowadzenie potwierdzającej analizy czynnikowej i wykazanie, że lepszym rozwiązaniem jest model jedno- a nie dwuczynnikowy w różnych grupach badanych o odpowiedniej liczebności. W prezentowanym badaniu prowadzenie takich analiz było niemożliwe ze względu na odmienną strukturę kwestionariuszy i możliwość powstania czynnika zakłócającego.

Zasadniczo, w publikacjach odnoszących się do współwystępowania lęku i depresji kładzie się nacisk na odmienną istotę obu zaburzeń, natomiast znacznie mniej wiadomo o istocie nowej jakościowo sytuacji współwystępowania fobii społecznej i depresji. Brak powtarzalności wyników badań nad współwystępowaniem lęku i depresji nie pozwala rozstrzygnąć problemu, czy odpowiada mu model jedno- czy dwuskładnikowy [92]. Kwestia ta wymaga dalszych badań, w których pojawia się również opcja modelu trzycząstkowego. W badaniu Becka i wsp. [95] pierwszy czynnik ogólny modelu trzycząstkowego obejmujący pozycje zarówno depresji jak i lęku tłumaczył 68,8% wariancji, drugi obejmujący pozycje lęku tłumaczył 11,4%, a trzeci obejmujący pozycje depresji tłumaczył 5,7%. Niezależnie od różnic pomiędzy wyróżnionymi jedno- i dwuskładnikowymi modelami współwystępowania lęku i depresji, w analizach pojawia się ponownie problem nakładania. Kwestię konkurujących ze sobą modeli współwystępowania (jedno-, dwuskładnikowego lub

trzyczęściowego) komplikuje ponadto odmienność modeli w zależności od płci [96] i wieku [97].

Trzecim możliwym wytłumaczeniem mechanizmu częstego współwystępowania fobii społecznej i depresji u młodzieży jest fakt dzielenia wspólnych czynników etiologicznych i czynników ryzyka. Im jest ich więcej, tym większe jest prawdopodobieństwo współwystępowania obu zaburzeń. Aby udowodnić tę hipotezę trzeba po pierwsze wykazać, że czynniki etiologiczne lub czynniki ryzyka fobii społecznej nie wpływają na współwystępowanie depresji i odwrotnie, w pewnych warunkach mogą interferować z innymi czynnikami. Po drugie należy sprawdzić, czy wyodrębnione interferujące czynniki są częstsze w grupie dzieci z współwystępującą fobią społeczną i depresją aniżeli wśród dzieci jedynie z fobią społeczną lub jedynie z depresją. Badania czynników etiologicznych i ryzyka powinny objąć zarówno czynniki potencjalnie uwarunkowane genetycznie, jak i nabyte podczas życia, związane z temperamentem danej osoby, jego sytuacją rodzinną oraz błędy poznawcze [92].

W cytowanym już wcześniej badaniu Bernsteina [89] nie stwierdzono różnic w charakterystyce grup dzieci i młodzieży z fobią społeczną i depresją w stosunku do grup jedynie z depresją lub jedynie z fobią społeczną, niemniej badane grupy miały niedużą liczebność i względnie duży odsetek czynników etiologicznych i czynników ryzyka w każdej z nich. W badaniu Turnera i wsp. [98] znaleziono jedynie niespecyficzne związki pomiędzy wystąpieniem zaburzeń u dzieci a psychopatologią rodziców. Badano dzieci w wieku 7-12 lat. Dzieci rodziców z zaburzeniami lękowymi częściej same manifestowały zaburzenia lękowe niż dzieci zdrowych rodziców i tak samo często prezentowały zaburzenia lękowe jak dzieci rodziców depresyjnych. Zatem zarówno zaburzenia lękowe jak i depresyjne u rodziców wiążą się z częstszym występowaniem zaburzeń lękowych u dzieci. Przedstawione badanie oparte na dwóch przesiewowych kwestionariuszach nie analizuje czynników etiologicznych ani czynników ryzyka zarówno fobii społecznej jak i depresji.

Dotychczas, pomimo podejmowania znacznych wysiłków zmierzających do ustalenia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy współwystępowaniem fobii społecznej i depresji, jak również w szerszym ujęciu lęku i depresji a różnymi czynnikami etiologicznymi udało się wykazać liczne zależności, które były mało specyficzne [99]. Trudno wykazać, że coś jest czynnikiem ryzyka albo tylko fobii społecznej albo tylko depresji, stąd niemożliwym jest zidentyfikowanie zestawu czynników ryzyka tylko fobii społecznej albo tylko depresji. Niemniej możliwe jest, aby każdy z czynników ryzyka fobii społecznej nakładał się na czynniki ryzyka depresji i w tym mechanizmie brał udział we współwystępowaniu obu zaburzeń. Zatem nie można jednoznacznie wnioskować, iż współwystępowanie fobii

społecznej i depresji zależy od powszechnie uznanych czynników ryzyka, a nie od efektu ich wzajemnej interakcji [92]. Problematyka ta wymaga dalszych badań.

Czwarta hipoteza tłumacząca częste współwystępowania fobii społecznej i depresji u młodzieży polega na bezpośrednim zwiększaniu częstości występowania depresji przez fobię społeczną i *vice versa*. Nasilanie częstości występowania fobii społecznej przez depresję i odwrotnie, może być również spowodowane działaniem niekorzystnych zdarzeń, które są kliniczną konsekwencją każdego z zaburzeń. Zdarzenie to musi zajść w grupie chorych np. tylko na fobię społeczną, aby wykluczyć wpływ depresji. W jednym z długotrwałych badań fobia społeczna w okresie dorastania wiązała się z podwyższonym do 2,9 ilorazem szans wystąpienia depresji w okresie wczesnej dojrzałości [100]. W innym długotrwałym badaniu obejmującym młodzież i młodych dorosłych fobia społeczna wiązała się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia depresji w obserwacji 34-50 miesięcznej [101]. W badaniu Chaviry i wsp. [102] wykazano, że uogólniona fobia społeczna ponad 5-krotnie zwiększa ryzyko wystąpienia depresji. Średni wiek wystąpienia fobii społecznej był znamienne mniejszy w porównaniu do wystąpienia depresji ($7,1 \pm 2,6$ vs $13,2 \pm 3,4$; $p < 0,01$). Przeciwnie, Hofmann i wsp. [50] nie znaleźli związku pomiędzy występowaniem leczonej uogólnionej fobii społecznej u młodzieży a częstszym diagnozowaniem depresji w porównaniu do grupy ze swoistą fobią społeczną. Również przedmiotem naszej analizy było wykrycie obszarów fobii społecznej, które są oraz takich, które nie są związane z depresją. Z prezentowanego badania wynika, że poza obszarem wspólnym prawdopodobnie związanym z depresją pozostałe obszary specyficzne dla fobii społecznej i objawów badanych kwestionariuszem IO”B1” są niejednorodne. Z analiz regresji wielokrotnej poszczególnych skal IO”B1” i SPAI-C wynika, że poza wariancją wspólną lęku mierzonego przez skalę B kwestionariusza KID oraz fobii społecznej w obszarze drugiego czynnika SPAI-C (lęku przed spotkaniami towarzyskimi) związaną jednocześnie z innymi skalami IO”B1”, istnieje wariancja specyficzna tylko dla tych dwóch skal. Można postawić hipotezę, że wariancja ta odnosi się do lęku poza obszarem depresji. Wariancja ta nie jest wprawdzie duża, ale wyraźna (niecałe 10%).

Chociaż istnieją dowody potwierdzające hipotezę, według której fobia społeczna może nasilać częstość występowania depresji i odwrotnie, to znacznie trudniej jest udowodnić, że konsekwencje fobii społecznej mogą nasilać objawy depresji i *vice versa*. Jest to spowodowane brakiem długotrwałych badań dotyczących tego zagadnienia. I chociaż wykazano, że na przykład nieprzystosowanie społeczne i złe funkcjonowanie w szkole są związane z fobią społeczną i depresją, czasowa zależność fobia społeczna → konsekwencja → depresja lub na odwrót, pozostaje niezbadana. Ponadto, jeśli współwystępowanie zaburzeń

jest niekontrolowane zarówno statystycznie jak i poprzez dobranie czystych metodycznie grup, to nie jest możliwe określenie czy zależności są spowodowane obecnością fobii społecznej, depresji czy kombinacją obu zaburzeń. Wówczas na przykład nieprzystosowanie społeczne czy złe funkcjonowanie w szkole mogą być równie dobrze wynikiem koincydencji, czynnikiem ryzyka lub konsekwencją fobii społecznej i(lub) depresji. Aby rozstrzygnąć te problem niezbędne są prawidłowo metodycznie zaprojektowane badania długotrwałe [92].

9. Wartość poznawcza i ograniczenia przedstawionego badania przesiewowego

Pierwszy etap prezentowanego badania polegał na przetłumaczeniu i legistacji narzędzia do badania fobii społecznej - skali SPAI-C. Jest to fundamentalny etap dla uzyskania rzetelnego wyniku końcowego w każdym badaniu przesiewowym. Skala SPAI-C - narzędzie o zadowalających parametrach psychometrycznych wystandaryzowane dla populacji amerykańskiej - została wprowadzona do polskiego piśmiennictwa po raz pierwszy, a ponadto kwestionariusz ten jest pionierskim narzędziem w badaniu fobii społecznej u dzieci i młodzieży w populacji polskiej. Niestety ceną za pierwszorazowe zastosowanie nowego narzędzia w badaniu przesiewowym populacji polskiej był jedynie pośredni sposób wyznaczenia punktu przesiewowej diagnozy fobii społecznej, niepoprzedzony klasyczną standaryzacją opartą o badanie kliniczne (podrozdział: Zastosowanie kwestionariusza SPAI-C). Niemniej jednak w dalszej części badania okazało się, że adaptacja skali i zastosowany jedynie pośredni model standaryzacji kwestionariusza SPAI-C pozwoliły uzyskać bardzo dobre właściwości psychometryczne oraz utrzymały stałość struktury czynnikowej zarówno międzykulturowej jak i międzypopulacyjnej polskiej wersji SPAI-C.

Wystandaryzowane kwestionariusze służące do przesiewowej identyfikacji zaburzeń, które jednakowoż dotyczą małego odsetka badanej populacji są narzędziami niebywale pożytecznymi klinicznie i efektywnymi w stosunku do ponoszonych nakładów finansowych [103]. Konstrukcję i zasadę działania współczesnych narzędzi do badań przesiewowych można porównać do sieci o gęstych oczkach, która nawet za cenę wyłapania wielu przypadków fałszywie dodatnich dąży do uzyskania jak najmniejszego odsetka przeoczeń przypadków zaburzeń [104]. W badaniach oryginalnie oceniających wartość skali SPAI-C ustalenie wartości punktu przesiewowego fobii społecznej jako 18, wiązało się z uzyskaniem około 25-30% wyników zarówno fałszywie dodatnich jak i fałszywie ujemnych [59, 60]. W prezentowanym badaniu z powodu braku weryfikacji klinicznej nie ustalono odsetka wyników fałszywie dodatnich lub ujemnych. Dopiero w drugiej kolejności dąży się do uzyskania jak najlepszej czułości, czyli skuteczności kwestionariusza w potwierdzaniu

obecności zaburzenia i specyficzności, czyli skuteczności kwestionariusza w wykluczaniu obecności zaburzenia. Wynika to również stąd, iż oba omawiane parametry są pochodną weryfikacji wyników kwestionariusza za pomocą „złotego standardu”, jakim jest badanie kliniczne [105].

Postawiona przesiewowo diagnoza jest substratem dla kolejnego etapu procesu poznawczego, czyli badania klinicznego, w którym diagnoza również nie jest sprawą uniwersalną, lecz w dużym stopniu zależy od klinicznych kryteriów, jakie zastosuje badacz. Stąd czułość i specyficzność narzędzia przesiewowego jest pochodną zastosowanego klinicznego punktu odcięcia, a skuteczność skali w rozpoznawaniu zaburzenia jest na ogół co najwyżej umiarkowana [104]. Zdarza się również tak, że to wystandaryzowane kwestionariusze pomagają eliminować często niezamierzone błędy diagnostyczne popełniane przez lekarzy podczas klinicznej subiektywnej oceny pacjenta. Standaryzowane kwestionariusze z uwagi na relatywnie niski koszt ich stosowania oraz nieskomplikowaną i dającą poczucie poufności specyfikę pozostają cennym narzędziem diagnostycznym. Od wyniku uzyskanego za ich pomocą rozpoczyna się kwalifikację pacjenta do procesu terapeutycznego jak również monitoruje się skuteczność leczenia. Badanie precyzyjnie wystandaryzowanym dla określonej populacji kwestionariuszem do badań przesiewowych może mieć dużą wartość prognostyczną, a także ułatwiać decyzję o zmianie lub zakończeniu terapii [103, 105].

Kwestionariusze to obecnie w dużym stopniu niezastąpione narzędzia stosowane w badaniach naukowych. Współczesne stosunkowo szerokie zastosowanie kwestionariuszy przesiewowych zawdzięczamy badaniom profilaktycznym, które umożliwiając wczesną identyfikację najbardziej zagrożonych pacjentów pozwalają wdrożyć postępowanie zapobiegawczo-terapeutyczne ograniczające wystąpienie niekorzystnych zdarzeń klinicznych i ewentualnych powikłań [106].

Wyniki prezentowanej pracy mogą być dobrym punktem wyjścia do przeprowadzenia weryfikującego je badania klinicznego dotyczącego fobii społecznej u młodzieży szkolnej. Przy konstrukcji takiego badania należy zwrócić uwagę na to, aby rozpocząć je od grupy, u której liczba punktów w zastosowanej skali w fazie przesiewowej była największa, ponieważ jest to grupa potencjalnie najbardziej zagrożona wystąpieniem omawianego zaburzenia.

VI. WNIOSKI

Przesiewowe rozpoznanie fobii społecznej u dwunastolatków w oparciu o wynik kwestionariusza SPAI-C zdaje się wskazywać na rozpowszechnienie tego zaburzenia u prawie 10% badanej populacji. Fobia społeczna występuje częściej u dziewcząt niż u chłopców. W populacji dwunastolatków rozpowszechnienie fobii społecznej jest znacznie mniejsze niż rozpowszechnienie depresji. W większości przypadków fobia społecznej współwystępuje ona z depresją.

Analizy czynnikowe pozycji SPAI-C przyniosły rozwiązanie czteroczynnikowe oparte na kryterium wartości własnej ≥ 1 zarówno dla całej próby, jak też oddzielnie dla obu płci. Test osypiska oraz uzyskanie wysokiej wartości własnej pierwszej składowej przed rotacją wskazują na rozwiązanie jednoczynnikowe, co uzasadnia stosowanie skali ogólnej kwestionariusza. Wyniki analiz czynnikowych dla odmiennych populacji polskiej i amerykańskiej są podobne, co wskazuje na znaczną stałość struktury czynnikowej kwestionariusza, zarówno międzykulturową jak i międzypopulacyjną. Skala ogólna kwestionariusza fobii społecznej umiarkowanie koreluje ze skalą depresji KID IO„B1”, a podskala B (lęku) w IO„B1” najlepiej koreluje z wynikami czynnikowymi czynnika drugiego (lęku przed spotkaniami towarzyskimi) i z odpowiadającą mu skalą czynnikową.

Przeprowadzone analizy głównych składowych i regresji wielokrotnej dostarczają więcej argumentów na rzecz istnienia obszaru wspólnego objawów mierzonych kwestionariuszami IO„B1” i SPAI-C niż argumentów przemawiających za istnieniem znacznego specyficznego czynnika fobii społecznej niezależnego od depresji.

VII. STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Lęk jest jednym z najpowszechniejszych objawów psychopatologicznych, a objawy lękowe u dzieci wciąż sprawiają wiele trudności diagnostyczno-terapeutycznych. Ich rozpoznawanie często weryfikuje czas, dynamika objawów oraz podatność na leczenie. Zgodnie z dostępną wiedzą, jedną z najczęstszych postaci zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży jest fobia społeczna. Aktualne kryteria tego zaburzenia podano w systemie klasyfikacyjnym DSM-IV. W jego świetle głównym objawem fobii społecznej jest lęk przed oceną innych osób w małej grupie społecznej, a w konsekwencji unikanie takich sytuacji. Według dotychczasowych badań na fobię społeczną cierpi od kilku do kilkunastu procent dzieci i młodzieży. Wobec niewielkiej liczby doniesień dotyczących fobii społecznej u dzieci i młodzieży w Polsce postanowiono przeprowadzić przesiewowe badanie epidemiologiczne populacji młodzieży szkół krakowskich dotyczące tego zagadnienia.

Celem badania była po pierwsze ocena rozpowszechnienia fobii społecznej w nieleczonej populacji młodzieży we wczesnej fazie dorastania, a po drugie, jakościowy opis profilu badanego zaburzenia oraz jego współwystępowania z depresją w polskiej populacji.

Materiał i metody: Badanie zrealizowano w ramach programu badawczego na temat stanu zdrowia psychicznego młodzieży w Krakowie. Spośród całej populacji 12-latków uczniów klas szóstych szacowanej na około 7200 osób metodą losowania wyłoniono grupę badaną 1151 (16%) osób. W badaniu posłużono się następującymi narzędziami: zaadaptowanym (uzyskano zgodę na przetłumaczenie i zastosowanie w badaniu) kwestionariuszem *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C) utworzonym przez autorów amerykańskich (Beidel, Turner i Morris) i kwestionariuszem *Krakowski Inwentarz Depresyjny* (KID) wersja IO„B1” skonstruowanym przez Bombę i wsp. Metodą pośrednią, w oparciu o przesiewowe kryterium diagnozy depresji w kwestionariuszu KID „IOB1” i wynik graficznej analizy regresji określono wartość punktu przesiewowego dla rozpoznania fobii społecznej wynoszącą 18 na skali wyniku ogólnego kwestionariusza SPAI-C (t-SPAI-C).

Wyniki: Współczynniki rzetelności alfa Cronbacha dla skali ogólnej fobii społecznej są bardzo wysokie (zarówno dla obu płci łącznie, jak i oddzielnie), zaś utworzonych 4 skal czynnikowych zadawałające. Średnia wartość t-SPAI-C i odchylenie standardowe wyniosły w całej grupie $8,3 \pm 7,65$, a dla chłopców i dziewcząt odpowiednio: $7,47 \pm 7,03$ oraz $9,32 \pm 8,23$ ($p < 0,001$). Młodzież z przesiewowym rozpoznaniem fobii społecznej stanowiła 9,6% badanych, z depresją 23,8% w tym z depresją i fobią społeczną 5,7%. Występowanie depresji zwiększa ryzyko wystąpienia fobii społecznej (iloraz szans (OR) 4,7; 95% przedział ufności

(CI) 3,2-7,0). Występowanie fobii społecznej zwiększa ryzyko wystąpienia depresji (OR 3,0; 95% CI 2,4-3,7). Odsetki chłopców i dziewcząt z rozpoznaniem fobii społecznej wyniosły 7,5 i 12,1 % ($p=0,012$), z rozpoznaniem depresji 20,2 i 28,1% ($p=0,03$), a depresji i fobii społecznej 5,2 i 6,4% ($p=0,43$). W grupie chłopców, występowanie depresji blisko 2-krotnie mocniej niż dla całej badanej grupy zwiększa ryzyko wystąpienia fobii społecznej (OR 8,5; przy 95% CI 4,5-16,3) a występowanie fobii społecznej zwiększa ryzyko wystąpienia depresji (OR 4,2; przy 95% CI 3,1-5,7). W grupie dziewcząt, występowanie depresji zwiększa ryzyko wystąpienia fobii społecznej blisko 3-krotnie słabiej niż w populacji chłopców (OR 2,9; przy 95% CI 1,7-4,8), a występowanie fobii społecznej zwiększa ryzyko wystąpienia depresji blisko 2-krotnie słabiej niż w grupie chłopców (OR 2,2; przy 95% CI 1,6-2,9). W analizie czynnikowej, na podstawie kryterium wartości własnej ≥ 1 zarówno dla całej próby, jak też oddzielnie dla obu płci wyodrębniono cztery czynniki. Według testu osypiska uzyskano wyraźne rozwiązanie jednoczynnikowe, co uzasadnia stosowanie skali ogólnej kwestionariusza. Czynnikiem uzyskanym dla całej grupy oraz dla dziewcząt nadano interpretację treściową i nazwy: I. asertywność, II. lęk przed spotkaniami towarzyskimi, III. lęk przed wystąpieniami publicznymi, IV. unikanie sytuacji społecznych. W grupie chłopców czynnik IV nazwano lęk przed rozmową. Wyodrębnione cztery czynniki w całej grupie tłumaczyły blisko 55% całkowitej wariancji, w grupie chłopców blisko 53%, a w grupie dziewcząt ponad 58%. Na podstawie wyników analiz czynnikowych utworzono 4 skale czynnikowe (SCz). Wartości wyników czynnikowych (WCz) w przypadku czynników 1 ($p<0,001$) i 2 ($p=0,011$) były znamienne większe w grupie dziewcząt w porównaniu z obserwowanymi w grupie chłopców, nie odnotowano istotnej różnicy w odniesieniu do WCz 3 i 4. WCz 2 najlepiej korelował z wynikiem ogólnym i podskalami kwestionariusza IO„B1”. Spośród skal kwestionariusza IO„B1” najmocniejszą korelację z poszczególnymi WCz wykazała skala B lęku. Wartości trzech pierwszych SCz w grupie dziewcząt były znamienne większe niż w grupie chłopców (największa różnica dla SCz 2). Wartość SCz była znamienne większa w grupie z przesiewowo postawionym rozpoznaniem fobii społecznej zarówno w całej grupie jak i po uwzględnieniu płci. Stopień korelacji skal czynnikowych pomiędzy sobą oraz wynikiem całkowitym dla całej grupy i po uwzględnieniu płci był istotny, co przemawia za istnieniem czynnika ogólnego. Stopień korelacji liniowej t-SPAI-C z wynikiem ogólnym IO„B1” wyniósł dla całej grupy 0,491, dla chłopców 0,484 i dla dziewcząt 0,486. Wynik ogólny kwestionariusza IO„B1” najmocniej korelował z wynikiem SCz 2. Najsilniejszą korelację z t-SPAI-C wykazała skala B (lęku). Wyniki analiz głównych składowych wskazują na obecność czynnika ogólnego w skalach IO„B1” oraz SPAI-C.

Czynnik ten wyjaśnia około 25 do 49% wartości wariancji wspólnej. Druga wyłoniła się składowa po rotacji wyjaśniająca ponad 10% wariancji jest związana wyłącznie z obszarem fobii społecznej z dominacją lęku przed spotkaniami towarzyskimi. Z analiz regresji wielokrotnej poszczególnych skal IO”B1” i SPAI-C wynika, że poza wariancją wspólną lęku mierzonego przez skalę B kwestionariusza KID oraz fobii społecznej w obszarze drugiego czynnika SPAI-C związaną jednocześnie z innymi skalami IO”B1”, istnieje wariancja specyficzna (niecałe 10%) tylko dla tych dwóch skal.

Wnioski: Rozpoznanie fobii społecznej, oparte na wyniku kwestionariusza SPAI-C postawiono u prawie 10% dwunastolatków. Fobia społeczna występuje częściej u dziewcząt niż u chłopców. W populacji dwunastolatków rozpowszechnienie fobii społecznej jest znacznie mniejsze niż rozpowszechnienie depresji. W większości przypadków fobia społecznej współwystępuje ona z depresją.

Analiza czynnikowa pozycji SPAI-C przyniosła rozwiązanie czteroczynnikowe dla całej próby, jak też oddzielnie dla obu płci. Wyniki analiz czynnikowych wskazują na znaczną stałość struktury czynnikowej kwestionariusza, zarówno międzykulturową jak i międzypopulacyjną. Skala ogólna kwestionariusza fobii społecznej umiarkowanie koreluje ze skalą depresji KID IO„B1”, a podskala B (lęku) w IO„B1” najlepiej koreluje z wynikami czynnikowymi czynnika drugiego (lęku przed spotkaniami towarzyskimi) i z odpowiadają mu skalą czynnikową.

Przeprowadzone analizy głównych składowych i regresji wielokrotnej dostarczają więcej argumentów na rzecz istnienia obszaru wspólnego objawów mierzonych kwestionariuszami IO”B1” i SPAI-C niż argumentów przemawiających za istnieniem znacznego czynnika fobii społecznej niezależnego od depresji.

SUMMARY

Introduction: Anxiety is one of the most common psychopathological symptoms and anxiety signs in children still remain a diagnostic and therapeutic problem. A diagnosis is often verified by time, the dynamics of the signs and the susceptibility to the treatment. A social phobia is currently recognized as one of the most common anxiety disorders in children and adolescents. Its actual diagnostic criteria are in the fourth revision of the Diagnostic and Statistical Manual. According to them, the main symptom of the disorder is a fear of possible scrutiny by others in social situations and, as a consequence, avoiding such situations. The results of the recent studies suggest that the lifetime prevalence rates of a social phobia in adolescents are from a few up to several or even over twenty per cent. As in Poland there are still few reports concerning a social phobia in Polish children and adolescents that was the reason for conducting an epidemiological screening study in the population of adolescents in Krakow.

The aim of the study was to estimate the prevalence of a social phobia in the non-treated population of adolescents in an early phase of adolescence and an attempt to describe a qualitative profile of the disorder and its comorbidity with depression in the Polish population.

Material and methods: The study was conducted within the framework of a trial program concerning mental health in adolescents in Krakow. The study group was formed by drawing lots from the whole population of 12-year-old pupils in their sixth year at the primary schools which was estimated for 7200 pupils. The group comprised 1151 pupils which constituted 16% of the whole population. The following tools were used in the study: adapted (translated and used with permission) *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C, Beidel, Turner and Morris) and the questionnaire *Krakowski Inwentarz Depresyjny* (KID), the version IO "B1" (Bomba et al.). The cut-off point for the diagnosis of a social phobia (18 points on a total score scale in SPAI-C [t-SPAI-C]) was stated indirectly, on the basis of a screening diagnosis criterion for depression in the questionnaire KID IO "B1" and on a graphic regression analysis.

Results: Alpha coefficients for a general scale for social anxiety are very high (for males, females and both genders together), and in relation to four factors the scales are satisfactory. The mean value for total SPAI-C and the standard deviation are $8,3 \pm 7,65$ in the whole group and for boys and girls $7,47 \pm 7,03$ and $9,32 \pm 8,23$, respectively ($p < 0,001$). The screening diagnosis of a social phobia was established in 9,6% adolescents and the diagnosis of

depression in 23,8% adolescents while the symptoms of a social phobia and depression were recognized in 5,7% adolescents. Depression increases the risk of a social phobia (odds ratio [OR] 4,7; 95% CI 3,2-7,0). Moreover, a social phobia increases the risk of depression (OR 3,0; 95% CI 2,4-3,7). The scores indicating a social phobia were 7,5% in boys and 12,1% in girls ($p = 0,012$), the depression scores were 20,2% in boys and 28,1% in girls ($p = 0,03$) and the depression and social phobia scores were 5,2% for boys and 6,4% for girls ($p = 0,012$). In comparison to the whole group depression in boys increases the risk of a social phobia occurrence almost twice (OR 8,5; 95% CI 4,5-16,3) and a social phobia increases the risk of depression (OR 4,2; 95% CI 3,1-5,7). In comparison to the group of girls, depression occurrence in boys increases the risk of a social phobia occurrence three times (OR 2,9; 95% CI 1,7-4,8) and a social phobia increases the risk of depression almost twice (OR 2,2; 95% CI 1,6-2,9). In a factor analysis which is based on the own value criterion ≥ 1 for the whole group and for two genders separately, four factors were distinguished. According to Cattell's screen test clear one-factor solution was obtained, which allows using a general scale of the questionnaire. The factors obtained for the whole group and the group of girls were the following: I. assertiveness, II. fear of social meetings, III. fear of public speaking, IV. avoiding social situations. In the group of boys factor IV was termed a fear of conversation. The distinguished factors accounted for almost 55% of the total variation in the whole group, in the group of boys - for almost 53% and in the group of girls - for over 58%. Four factor scales were formed on the basis of the factor analysis results. The factor analysis scores for factor I ($p < 0,001$) and II ($p = 0,011$) were significantly higher in girls than in boys. There were no significant differences in factor analysis scores for factors III and IV. The factor II score had the best correlation with the general score and with the scores of the subscales in the IO "B1" questionnaire. From the subscales of the IO "B1" questionnaire the scale of anxiety (B) had the best correlation with each factor analysis score. In the group of girls the I, II and III factor scales scores were significantly higher than in boys (the highest difference was observed for factor scale II). The factor scale scores were significantly higher in children with a screening diagnosis of a social phobia in the whole group and after taking gender into account. The correlation level of factor scales among them and between them and the total score for the whole group and after taking gender into account was significant, which indicates the existence of a general factor. The linear correlation level t-SPAI-C with IO "B1" total score was 0,491 for the whole group, 0,484 for boys and 0,486 for girls. The IO "B1" total score had the best correlation with the factor II scale score. The anxiety scale (B) had the best correlation with t-SPAI-C. The results of the analyses of the main components point out

to the existence of a general factor in the scales IO “B1” and SPAI-C. This factor accounts for about 25–49% of a common variation. The second component after the rotation accounts for over 10% of variation and is connected only with a social phobia with a predominant fear of social meetings. The multiple regression analyses of each subscale of IO “B1” and SPAI-C show that except for a common variation of anxiety measured by a scale B of the KID questionnaire and a social phobia in relation to II factor of SPAI-C which is connected with other scales of IO “B1”, there is also a variation which is specific for these two scales (almost 10%).

Conclusions: On the basis of the SPAI-C questionnaire, a screening diagnosis of a social phobia was established in almost 10% of adolescents. Social phobia is more prevalent in girls than in boys. In 12-year-old adolescents the prevalence of a social phobia is much lower than the prevalence of depression. In most cases of a social phobia occurrence its comorbidity with depression occurs.

The factor analysis of the items of SPAI-C gave a four-factor solution for the whole group and for each gender. The scores of the factor analyses suggest a great constancy of a factor structure of the questionnaire, both intercultural and interpopulational. A general scale of SPAI-C has a moderate correlation with a scale of depression in KID IO “B1”, and an anxiety subscale (“B”) in IO “B1” correlates best with the results of the analysis of factor II (fear of social meetings) and with a factor scale related to it.

The analyses of the main components and of a multiple regression provide more arguments in favor of the existence of the common area of the symptoms that are measured by means of the SPAI-C and KID IO “B1” questionnaires than of the widespread existence of a social phobia factor independent of depression.

VIII. PIŚMIENNICTWO

1. Essau CA, Conradt J, Petermann F: Course and outcome of anxiety disorders in adolescents. *Anxiety Disorders* 2002; 16: 67-81.
2. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. IPN Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1998.
3. Pużyński S: Zaburzenia lękowe - problemy diagnostyki i terapii w związku z wprowadzeniem ICD-10 i DSM-IV. *Lęk i Depresja*, 1998; 1: 14-27.
4. Kopaliński W: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych (s. 175). Warszawa: Wiedza Powszechna; 1994.
5. Aleksandrowicz JW: Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (wg ICD-10). Wyd. 2. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1998.
6. Montgomery S (red.): Pocket reference to social phobia. Londyn: Science Press; 1995.
7. Leary M, Kowalski RM: Lęk społeczny. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Wyd. I, Gdańsk, 2002.
8. Rybakowski J: Zaburzenia lękowe w postaci fobii. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria t. 2*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002. s. 428-32.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. Washington, DC: APA; 1994.
10. Essau CA, Conradt J, Petermann F: Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behav Res Ther*, 1999; 39: 831-43.
11. Velting ON, Albano AM: Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *J Child Psychiat*, 2001; 42: 127-40.
12. Herbert JD, Crittenden K, Darlymple KL: Knowledge of social anxiety disorder relative to attention deficit hyperactivity disorder among educational professionals. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2004; 33: 366-72.
13. Kępiński A, Lęk. Warszawa, PZWL; 1987.
14. Orwid M, Pietruszewski K: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Collegium Medicum UJ, wyd. 2., Kraków, 1996.
15. Namysłowska I: Rozwój psychiczny człowieka. w: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria t. 1* Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2002, s. 252-3.

16. Namysłowska I: Adolescencja – wiek dorastania. w: Namysłowska I. red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, s. 231-45
17. Kashdan TB, Herbert JD: Social anxiety in childhood and adolescence: current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2001; 4: 37-50.
18. Buss AH, Iscoe I, Buss EH: The development of embarrassment, *J Psychol*, 1979; 103: 227-30.
19. Kasper S: Social phobia: the nature of the disorder. *J Affect. Disord*, 1998; 50: S3-S9.
20. Magee WJ: Effects of negative life experiences on phobia onset. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1999; 34: 343-51.
21. Kagan J, Reznik JS, Snidman N: Biological bases of childhood shyness. *Science*, 1988; 240: 167-71.
22. Heiser NA, Turner SM, Beidel DC: Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behav Res Ther*, 2003; 41: 209-21.
23. Bomba J, Namysłowska I, Orwid M: Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria t. 2*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002. s. 675.
24. Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM, Pina AA, Silverman WK: Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*, 2003; 42: 1069-75.
25. Mathew SJ, Coplan JD, German JM: Neurobiological mechanisms of social anxiety disorder. *Am J Psychiatry*, 2001; 158: 1558-67
26. Stein DJ, Ono Y, Tajima O i wsp.: The social anxiety disorder spectrum, *J Clin Psychiatry*, 2004; 65 (Suppl 14): 27-33; quiz 34-6.
27. Bell CJ, Malizia AL, Nutt DJ: The neurobiology of social phobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 1999; 249: Suppl. 1 S11-S18.
28. Pine D: Pathophysiology of childhood anxiety disorders. *Biol Psychiatry*, 1999; 46: 1555-66.
29. Kagan J: Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child Development*, 1997; 68: 139-43.
30. Kaplan HI, Saddock BJ: Specific phobia and social phobia. w: *Synopsis of psychiatry*. Wyd. 8 Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1998. s. 605-9.
31. Tancer ME: Neurobiology of social phobia. *J. Clin. Psychiatry*, 1993; 54 (Supl 12): 26-30.

32. Tiihonen J, Kuikka J, Bergstrom K i wsp: Dopamine reuptake site densities in patients with social phobia. *Am J Psychiatry*, 1997; 154: 239-42.
33. Brunello N, den Boer JA, Judd LL i wsp.: Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *J Affect Disord*, 2000; 60: 61-74.
34. Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman TF i wsp.: A direct interview family study of social phobia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1993; 4: 286-93.
35. Stein MB, Chavira DA: Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *J Affect Disord*, 1998; 50: S11-S16.
36. Gelernter J, Page GP, Stein MB, Woods SW: Genome-wide linkage scan for loci predisposing to social phobia: evidence for a chromosome 16 risk locus. *Am J Psychiatry*. 2004; 161: 59-66.
37. Furmark T, Tillfors M, Garpenstrand H i wsp.: Serotonin transporter polymorphism related to amygdala excitability and symptom severity in patients with social phobia. *Neurosci Lett* 2004; 362: 189-92.
38. Bomba J: Fobia społeczna. *Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii*, 2000; 4: 321-31.
39. Jędrychowski W: Podstawy epidemiologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wyd. 6, Kraków, 2002
40. Kessler RC, McGonagle KA, Zaho S i wsp. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States; results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 51: 8-19.
41. Weiller E, Bissierre JC, Boyer i wsp.: Social phobia in general health care. An unrecognized undertreated disabling disorder: *Br J Psychiatry*, 1996; 169: 468-74
42. Heimberg RG, Stein MB, Hiripi E, Kessler RC: Trends in prevalence of social phobia in United States: A synthetic cohort analysis of changes over four decades. *Eur Psychiatry*, 2000; 15: 29-37.
43. Wittchen HU, Stein MB, 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: 309-23.
44. Rabe-Jabłońska J, Dietrich-Muszalska A, Gmitrowicz A: Występowanie lęku społecznego wśród reprezentatywnej grupy młodzieży z Łodzi. *Psychiatr Pol*, 2003; 37: 87-95.
45. Mayers AG, Baldwin DS: Leczenie farmakologiczne fobii społecznej. *Current Medical Literature. Psychiatria*, 2003; 5: 161-66.

46. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin A: DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 1992; 31: 1070-6.
47. Strauss CC, Last CG: Social and simple phobias in children. *J Anx Disord*, 1993; 7: 141-52
48. Montgomery S: Implications of the severity of social phobia. *J Affect Disord.*, 1998; 50: S17-S22.
49. Schneier FR, Johnson J, Hornig C.D., Liebowitz M.R., Weissman M.M.: Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Arch Gen Psychiatry*, 1992, 49, 282-8.
50. Hofmann S, Albano A, Heimberg R, Tracey S, Chorpita B, Barlow D: Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 1999; 9: 15-8.
51. Zimmermann G, Pin MA, Krenz S i wsp.: Prevalence of social phobia in a clinical sample of drug dependent patients. *J Affect Disord*, 2004; 15: 83-87.
52. Avenevoli S, Stolar M, Li J, Dierker L, Merikangas KR: Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biol Psychiatry*, 2001; 49: 1071-81.
53. Davidson JRT, Hughes DL, George LK i wsp.: The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study: *Psychol Med*, 1993; 23: 709-18.
54. Beidel DC, Turner SM, Morris TL: Behavioral treatment of childhood social phobia. *J Consult Clin Psychol*, 2000; 68: 1072-80.
55. Last C.G., Hersen M., Kazdin A. et al.: Anxiety disorders in children and their families. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991; 48: 928-34.
56. Lydiard RB: The role of drug therapy in social phobia. *J Affect Disord*, 1998; 50: S35-S39
57. Compton SN, Grant PJ, Chrisman AK i wsp.: Sertraline in children and adolescents with social anxiety disorder: an open trial, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40: 564-71.
58. Brzeziński J, *Metodologia badań psychologicznych*, PWN, Warszawa 1997, 231-46.
59. Beidel DC, Turner SM, Morris TL: A new inventory to assess social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychol Assess*, 1995; 7: 73-9.
60. Beidel DC, Turner SM, Morris TL: *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) User's Manual*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems; 2000.
61. Bomba J i wsp.: Psychopatologia i epidemiologia depresji u dzieci i młodzieży. *Psychoterapia*, 1985; 2: 61-67.

62. Pużyński S, Wciórka J: Narzędzia oceny stanu psychicznego. w: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria t.1* Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2002, s. 252-53.
63. Liebowitz MR, Schneier FR, Campeas R i wsp.: Phenelzine vs. atenolol in social phobia: a placebo controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 1992; 49: 290-300.
64. Heimberg RG, Mueller GP, Holt CS, Hope DA i Liebowitz MR: Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 1992; 23: 53-73
65. Turner SM, Beidel DC, Dancu CV: *Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) Manual*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems, 1996.
66. Herbert JD, Bellack AS, Hope DA: Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1991; 13: 357-69
67. La Greca AM, Dandes SK, Wick P, Shaw K, Stone WL: Development of Social Anxiety Scale for Children: Reliability and concurrent validity. *J Clin Child Psychology*, 1988; 17: 84-91
68. La Greca AM, Stone WL: Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *J Clin Child Psychology*, 1993; 22: 17-27
69. La Greca AM, Lopez N: Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relationships and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998; 26: 83-94
70. Storch EA, Masia-Warner C, Dent HC i wsp.: Psychometric evaluation of the Social Anxiety Scale for Adolescents and the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: construct validity and normative data. *J Anxiety Disord*, 2004; 18: 665-79.
71. Inderbitzen-Nolan H, Davies CA, McKeon ND: Investigating the construct validity of the SPAI-C: comparing the sensitivity and specificity of the SPAI-C and the SAS-A. *J Anxiety Disord*, 2004; 18: 547-60.
72. Masia-Warner C, Storch EA, Pincus DB i wsp.: The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: an initial psychometric investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003; 9: 1076-84.
73. La Greca AM: The Social Anxiety Scales for Children and Adolescents. *The Behavior Therapist*, 1999; 22: 133-6
74. Verduin TL, Kendall PC: Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2003; 32: 290-95
75. Beidel DC: Social phobia and overanxious disorder in school-age children: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1991; 30: 545-52

76. Anderson J, Williams S, McGee R, Silva P: DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1987; 44: 69-76.
77. McGee R, Feehan M, Williams i wsp.: DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1990; 29: 611-9.
78. Kashani JH, Orvaschel H: Anxiety disorders in midadolescence: a community sample. *Am. J. Psychiatry*, 1988; 145: 960-64
79. Kashani JH, Orvaschel H: A Community study of anxiety in children and adolescents. *Am J Psych*, 1990, 147: 313-8.
80. Kashani JH i wsp.: Psychopathology in a community sample of children and adolescents: a developmental perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1989; 28: 701-6.
81. Beidel DC, Christ MAG, Long PJ: Somati complaints in anxious children. *J Abnormal Child Psychol*, 1991; 19: 659-70.
82. Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC: The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54: 329- 36.
83. Strauss CC, Last CG: Social and simple phobias in children. *J Anxiety Disord*, 1993; 7: 141-52.
84. Beidel DC, Turner SM, Fink CM: Assessment of childhood social phobia: construct, convergent and discriminant validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychol Assess* 1996; 8: 235-40.
85. Ferrell CB, Beidel DC, Turner SM: Assessment and treatment of socially phobic children: a cross cultural comparison, *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2004; 33: 260-8.
86. Chavira DA, Stein MB, Bailey K, Stein MT: Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *J Affect Disord*, 2004; 80: 163-71.
87. Angold A, Costello JE, Erkanli A: Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*, 1999; 40: 57-87
88. Chavira DA, Stein MB: Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2002; 12: 47- 54.
89. Bernstein GA, Garfinkel BD: Social phobia: the overlap of affective and anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1986; 25: 235-41.
90. Rutter M: Comorbidity: meanings and mechanisms. *Clin Psychol Science Practice*, 1994; 1: 100-3.
91. Frances AJ, Widiger TA, Fyer MR: The influence of classification methods on comorbidity: w Maser JD, Cloninger CR (red.): *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (s. 41-60), Washington, DC: American Psychiatric Press 1990.

92. Seligman LD, Ollendick TH: Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: An Integrative Review. *Clin Child Fam Psychol Review*, 1998; 2: 125-44.
93. King NJ, Ollendick TH, Gullone E: Negative affectivity in children and adolescents: relations between anxiety and depression. *Clin Psychol Review*, 1991; 11: 441-59.
94. Cole DA, Turner JE: Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *J Abnormal Psychol*, 1993; 102: 271-81.
95. Beck AT, Brown B, Steer RA i wsp.: Differentiating anxiety and depression utilizing the Cognition Checklist. *J Abnormal Psychol*, 1987; 96: 179-83.
96. Williams S, McGee R, Anderson J, Silva PA: The structure and correlates of self-reported symptoms in 11-yearold children. *J Abnormal Child Psychol*, 1989; 17: 55-71.
97. Cole DA, Truglio R, Peeke L: Relation between symptoms of anxiety and depression in children: a multitrait-multimethod-multigroup assessment. *J Consul Clin Psychol*, 1997; 65: 110-19.
98. Turner SM, Beidel DC, Costello A: Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *J Consult Clin Psychol*, 1987; 55: 229-35.
99. Anderson J, Williams S, McGee R, Silva P: Cognitive and social correlates of DSM-III disorders in preadolescent children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1989; 28: 842-46.
100. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y: The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 1998; 55: 56-64.
101. Wittchen H-U, Nelson CB, Lachner G: Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med*, 1998; 28: 109-26.
102. Chavira DA, Stein MB: Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. *J. Child Adolesc Psychopharmacol*, 2002; 12: 47-54.
103. Costello EJ, Angold A: Scales to assess child and adolescent depression: checklists, screens, and nets. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988; 27: 726-37.
104. Clark A, Harrington R: On diagnosing rare disorders rarely: appropriate use of screening instruments. *J Child Psychol Psychiatry*, 1999; 40: 287-90
105. Dierker LC, Albano AM, Clarke GN i wsp.: Screening for anxiety and depression in early adolescence, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40: 929-36.
106. Kessler RC, Price RH: Primary prevention of secondary disorders: a proposal and agenda. *Am J Community Psychol* 1993; 21: 607-33.

IX. ANEKS, TABELE

Tabela 1. Charakterystyka fobii społecznej u dzieci i młodzieży.

Minimalny czas trwania pozwalający na ustalenie rozpoznania	6 miesięcy
Wiek, w którym najczęściej dochodzi do rozwoju zaburzenia	Wczesna faza dorastania
Czynniki stresowe powodujące przyspieszenie rozwoju zaburzenia	Naciski ze strony otoczenia do uczestnictwa w społecznych kontaktach z rówieśnikami
Relacje z rówieśnikami	Tymczasowe, nadmiernie zahamowane
Jakość snu	Zdarzają się trudności w zasypianiu
Objawy psychofizjologiczne	Zaczerwienienie twarzy, wzmożone napięcie mięśniowe
Diagnostyka różnicowa	Zaburzenia depresyjne, zespół lęku uogólnionego, lęk separacyjny, osobowość unikająca, osobowość z pogranicza, osobowość schizoidalna*

Modyfikacja na podstawie opracowania S. Werkman [za 30].

* trudności diagnostyczne w przypadku zaburzeń osobowości dotyczą młodych dorosłych, ponieważ u dzieci nie rozpoznaje się zaburzeń osobowości.

Tabela 2. Wpływ fobii społecznej na funkcjonowanie chorych.

	Chorzy na fobię społeczną	Grupa kontrolna	Istotność statystyczna
Średnia długość trwania edukacji (lata)	10,9	11,6	p = 0,01
Średnia kategoria dochodów	7,0	8,2	p = 0,01
Odsetek osób żyjących samotnie	4,6	3,7	p = 0,008
Odsetek zatrudnionych	64,5	63,6	p = NS
Odsetek osób niejednokrotnie zwalnianych z pracy	5,6	1,3	2,00-9,47 *
Odsetek osób często nieobecnych lub spóźniających się do pracy	16,3	6,4	1,79-4,58 *

Davidson i wsp., 1993 za Montgomery S., 1995 [6],

* przedział ufności

Tabela 3. Współwystępowanie fobii społecznej z innymi zaburzeniami psychicznymi

	Essau i wsp., (1999)	Albano i wsp., (1996)	Beidel i wsp., (1999)
Zaburzenia depresyjne (łącznie)	29,4 %	19%	6%
Duża depresja	23,5 %		
Dystymia	5,1%		
Agorafobia	23,5%		
Zaburzenia somatyzacyjne	41,2%		
Używanie substancji psychoaktywnych	23,5%		
Fobie specyficzne	5,9%	26%	10%
Zespół lęku uogólnionego	0 %		10%
Zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi			10%

Na podstawie pozycji piśmiennictwa [10, za 11, za 60].

Tabela 6. Wartości średnie (X), odchylenia standardowe (SD), moc dyskryminacyjna (MD) i współczynniki alfa-Cronbacha (α) po wyłączeniu pozycji dla poszczególnych ów w całej grupie.

Pozycja	X	SD	MD	α
01	,2070	,45035	,487	,933
02	,4429	,58762	,585	,932
03	,4963	,63569	,572	,932
04	,6009	,66403	,506	,934
05	,3255	,54471	,492	,933
06	,0843	,32741	,365	,934
07	,1900	,43876	,467	,933
08	,2305	,49160	,519	,933
09	,2149	,35517	,661	,931
10	,3931	,40910	,623	,931
11	,3369	,42838	,628	,931
12	,4258	,49832	,682	,930
13	,3294	,43729	,670	,931
14	,2117	,34919	,725	,931
15	,2120	,34676	,651	,931
16	,4575	,53321	,713	,930
17	,4596	,56849	,597	,932
18	,5286	,58666	,663	,931
19	,2576	,41952	,623	,931
20	,2465	,41780	,584	,932
21	,3242	,42204	,688	,931
22	,2359	,49880	,439	,934
23	,3020	,52453	,519	,933
24	,4006	,45224	,665	,931
25	,2162	,35239	,588	,932
26	,1708	,32085	,616	,932

Tabela 7. Wartości średnie (X), odchylenia standardowe (SD), moc dyskryminacyjna (MD) i współczynniki alfa-Cronbacha (α) po wyłączeniu pozycji dla poszczególnych ów w grupach chłopców i dziewcząt.

Pozycja	Dziewczęta				Chłopcy			
	X	SD	MD	α	X	SD	MD	α
01	,2376	,45815	,528	,940	,1820	,44297	,441	,924
02	,5059	,61090	,603	,940	,3914	,56312	,557	,922
03	,5953	,64864	,595	,940	,4149	,61365	,535	,923
04	,6400	,67279	,528	,941	,5695	,65572	,480	,924
05	,3694	,57667	,517	,941	,2896	,51475	,457	,924
06	,0965	,34011	,312	,942	,0744	,31677	,420	,924
07	,1976	,44879	,465	,941	,1840	,43093	,475	,923
08	,2729	,55444	,566	,940	,1957	,43030	,454	,923
09	,2431	,35016	,709	,939	,1918	,35818	,616	,921
10	,4322	,41482	,581	,940	,3614	,40190	,661	,920
11	,3835	,44755	,638	,939	,2988	,40838	,609	,921
12	,5255	,52699	,706	,938	,3438	,45769	,643	,920
13	,3600	,45306	,708	,938	,3046	,42272	,629	,921
14	,2533	,37321	,772	,938	,1774	,32446	,666	,921
15	,2329	,35000	,708	,939	,1950	,34365	,595	,922
16	,5169	,55067	,747	,938	,4090	,51379	,672	,920
17	,4463	,56709	,646	,939	,4716	,57014	,568	,922
18	,6353	,63242	,693	,938	,4410	,53049	,615	,921
19	,2549	,42722	,630	,939	,2603	,41367	,628	,921
20	,2188	,41012	,627	,939	,2701	,42334	,575	,922
21	,3782	,44810	,715	,938	,2798	,39415	,649	,921
22	,2306	,50330	,499	,941	,2407	,49585	,391	,925
23	,3082	,52893	,545	,940	,2975	,52166	,502	,923
24	,4753	,46635	,662	,939	,3392	,43105	,658	,920
25	,2776	,40035	,643	,939	,1656	,29808	,505	,923
26	,2056	,34772	,653	,939	,1421	,29414	,563	,922

Tabela 12A. Korelacje rang ρ Spaermana pomiędzy ładunkami czynnikowymi czynników wyodrębnionych dla dziewcząt i chłopców.

			Czynniki w grupie chłopców			
			1	2	3	4
Czynniki w grupie dziewcząt	1	ρ	,628*			
		p	,001			
		N	26			
	2	ρ		,804*		
		p		,000		
		N		26		
	3	ρ			,687*	
		p			,000	
		N			26	
	4	ρ				,540*
		p				,004
		N				26

ρ - współczynniki korelacji Spaermana, * korelacja istotna dwustronnie na poziomie 0,01.

Tabela 14. Wartości średnie (X), odchylenia standardowe (SD), moc dyskryminacyjna (MD) i współczynnik alfa-Cronbacha (α -C) dla ów wyodrębnionych składowych analizy czynnikowej w całej grupie.

Skala czynnikowa	Pozycja	X	SD	MD	α -C
SCz1	11	,3533	,43400	,701	,807
	10	,4109	,41974	,673	,812
	13	,3414	,44362	,653	,814
	12	,4352	,50123	,642	,816
	09	,2259	,36128	,641	,819
	08	,2430	,50333	,467	,846
	07	,1897	,43522	,473	,841
SCz2	21	,3331	,42608	,710	,765
	24	,4010	,44787	,671	,772
	22	,2347	,49880	,494	,815
	26	,1751	,32451	,633	,789
	25	,2253	,35883	,602	,791
	23	,3065	,52357	,503	,816
SCz3	04	,6230	,66440	,598	,739
	03	,5181	,64950	,577	,746
	16	,4765	,54307	,660	,723
	17	,4753	,57800	,571	,748
	05	,3553	,57658	,445	,786
SCz4	06	,0964	,35209	,374	,761
	20	,2586	,42339	,614	,680
	19	,2691	,42749	,656	,663
	01	,2167	,45863	,434	,753
	15	,2201	,35128	,576	,700

Tabela 15. Wartości średnie (X), odchylenia standardowe (SD), moc dyskryminacyjna (MD) i współczynnik alfa-Cronbacha (α -C) dla ów wyodrębnionych składowych analizy czynnikowej w zależności od płci.

Skala czynnikowa	Pozycja	Chłopcy				Dziewczęta			
		X	SD	MD	α -C	X	SD	MD	α -C
SCz 1	08	,2021	,43893	,428	,836	,2904	,56678	,495	,851
	11	,3109	,40810	,706	,792	,4049	,45829	,688	,817
	10	,3736	,41025	,693	,794	,4567	,42679	,649	,824
	13	,3132	,42120	,617	,806	,3763	,46725	,683	,818
	12	,3523	,46091	,601	,809	,5351	,52895	,669	,820
	09	,1998	,35970	,580	,813	,2577	,36145	,701	,821
	07	,1796	,42279	,485	,827	,2025	,45031	,464	,849
SCz 2	21	,2891	,40493	,693	,723	,3878	,44532	,720	,801
	24	,3397	,42264	,643	,734	,4772	,46654	,692	,806
	22	,2400	,49541	,481	,780	,2286	,50381	,522	,842
	26	,1464	,30015	,570	,761	,2107	,34945	,685	,815
	25	,1753	,31304	,499	,772	,2872	,40012	,686	,810
	23	,3026	,52357	,486	,782	,3120	,52446	,530	,843
SCz 3	04	,5936	,65772	,566	,697	,6561	,66922	,629	,779
	03	,4264	,62105	,550	,702	,6265	,66661	,600	,788
	17	,4833	,57622	,529	,710	,4638	,57726	,627	,780
	05	,3161	,55102	,376	,760	,4012	,60290	,504	,814
	16	,4337	,53010	,606	,686	,5290	,55435	,716	,757
SCz 4	06	,0876	,34344	,360	,727	,1067	,36216	,386	,794
	20	,2761	,42597	,534	,665	,2391	,42022	,709	,692
	19	,2629	,41140	,617	,630	,2767	,44583	,693	,696
	01	,1907	,44650	,406	,721	,2470	,47119	,461	,784
	15	,1987	,34658	,561	,661	,2451	,35554	,591	,738

Tabela 18. Korelacje wyników czynnikowych SPAI-C i podskal kwestionariusza IO„B1” w grupie chłopców

Skala IO„B1”	Statystyka	Wyniki czynnikowe			
		WCz1	WCz2	WCz3	WCz4
A	Korelacja	,328	,633	,226	,130
	Istotność *	,000	,000	,000	,003
	N	511	511	511	511
B	Korelacja	,174	,377	,109	,294
	Istotność *	,000	,000	,014	,000
	N	507	507	507	507
C	Korelacja	,127	,304	,194	,196
	Istotność *	,004	,000	,000	,000
	N	509	509	509	509
D	Korelacja	,079	,308	,083	,283
	Istotność *	,075	,000	,063	,000
	N	505	505	505	505
E	Korelacja	,126	,320	,026	,228
	Istotność *	,004	,000	,552	,000
	N	509	509	509	509
F	Korelacja	,183	,310	,064	,275
	Istotność *	,000	,000	,153	,000
	N	508	508	508	508
Wynik ogólny IO„B1”	Korelacja	,166	,378	,114	,306
	Istotność *	,000	,000	,010	,000
	N	504	504	504	504

* dwustronna

Tabela 19. Korelacje wyników czynnikowych SPAI-C i podskal kwestionariusza IO„B1” w grupie dziewcząt.

Skale IO„B1”	Statystyka	Wyniki czynnikowe			
		WCz1	WCz2	WCz3	WCz4
A	Korelacja	,388	,711	,218	,088
	Istotność *	,000	,000	,000	,071
	N	425	425	425	425
B	Korelacja	,283	,369	,195	,231
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	422	422	422	422
C	Korelacja	,252	,302	,222	,217
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	423	423	423	423
D	Korelacja	,146	,329	,130	,216
	Istotność *	,003	,000	,007	,000
	N	423	423	423	423
E	Korelacja	,151	,270	,167	,185
	Istotność *	,002	,000	,001	,000
	N	422	422	422	422
F	Korelacja	,187	,307	,120	,134
	Istotność *	,000	,000	,014	,006
	N	424	424	424	424
Wynik ogólny IO„B1”	Korelacja	,231	,360	,199	,178
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	420	420	420	420

* dwustronna

Tabela 20. Korelacje wyników czynnikowych SPAI-C i z wynikiem ogólnym SPAI-C w całej grupie i w zależności od płci.

Wyniki czynnikowe	Statystyka	Cała grupa	Chłopcy	Dziewczęta
WCz1	Korelacja	,516	,511	,506
	Istotność *	,000	,000	,000
	N	937	511	425
WCz2	Korelacja	,507	,438	,561
	Istotność *	,000	,000	,000
	N	937	511	425
WCz3	Korelacja	,543	,520	,560
	Istotność *	,000	,000	,000
	N	937	511	425
WCz4	Korelacja	,421	,442	,422
	Istotność *	,000	,000	,000
	N	937	511	425

* dwustronna

Tabela 21. Korelacje wyników czynnikowych SPAI-C z wynikiem skal czynnikowych SPAI-C w całej grupie.

Wyniki czynnikowe	Statystyka	Skale czynnikowe			
		SCz1	SCz2	SCz3	SCz4
WCz1	Korelacja	,807	,282	,259	,273
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	937	937	937	937
WCz2	Korelacja	,255	,862	,275	,358
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	937	937	937	937
WCz3	Korelacja	,355	,257	,878	,281
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	937	937	937	937
WCz4	Korelacja	,343	,266	,212	,801
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	937	937	937	937

* dwustronna

Tabela 22. Korelacje wyników czynnikowych SPAI-C z wartością skal czynnikowych SPAI-C w zależności od płci.

Wyniki czynnikowe	Statystyka	Skale czynnikowe							
		SCz1		SCz2		SCz3		SCz4	
		Ch	Dz	Ch	Dz	Ch	Dz	Ch	Dz
WCz1	Korelacja	,821	,787	,242	,300	,240	,259	,296	,248
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	511	425	511	425	511	425	511	425
WCz2	Korelacja	,152	,338	,837	,884	,223	,312	,312	,401
	Istotność *	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	511	425	511	425	511	425	511	425
WCz3	Korelacja	,304	,396	,236	,267	,870	,886	,257	,303
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	511	425	511	425	511	425	511	425
WCz4	Korelacja	,385	,321	,251	,295	,212	,225	,800	,807
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	511	425	511	425	511	425	511	425

* dwustronna

Tabela 23. Wartości wyników czynnikowych w grupie chłopców w zależności od wystąpienia lub nie depresji.

					Test t równości średnich			
Wyniki czynnikowe	D	N	X	SD	t	df	p	ΔX
Total *	Brak D	402	6,23	5,69	-6,3	120,3	,000	-6,15
	D	102	12,38	9,43				
WCz1 *	Brak D	402	-,15	,88	-1,2	128,3	,225	-,16
	D	102	,00	1,23				
WCz2 *	Brak D	402	-,23	,73	-5,2	115,5	,000	-,73
	D	102	,50	1,39				
WCz3 *	Brak D	402	-,07	,92	-1,0	137,6	,329	-,12
	D	102	,05	1,12				
WCz4 *	Brak D	402	-,09	,74	-4,8	115,4	,000	-,69
	D	102	,60	1,42				

(*) nie założono równości wariancji, p – istotność dwustronna, ΔX - różnica średnich

Tabela 24. Wartości wyników czynnikowych w grupie dziewcząt w zależności od wystąpienia lub nie depresji.

					Test t równości średnich			
Wyniki czynnikowy	D	N	X	SD	t	df	p	ΔX
Total **	Brak D	302	7,23	6,88	-9,1	418	,000	-7,2
	D	118	14,45	8,32				
WCz1 *	Brak D	302	,015	,93	-3,7	176,0	,000	-,45
	D	118	,47	1,18				
WCz2 *	Brak D	302	-,12	,92	-5,9	171,1	,000	-,73
	D	118	,61	1,21				
WCz3 **	Brak D	302	-,04	1,02	-3,5	418	,001	-,39
	D	118	,35	1,07				
WCz4 *	Brak D	302	-,15	,87	-2,2	161,3	,026	-,29
	D	118	,13	1,28				

(*) nie założono równości wariancji, (**) założono równości wariancji, p – istotność dwustronna, ΔX - różnica średnich

Tabela 26. Wartości skali ogólnej i podskal IO,,B1” (w stenach) w zależności od obecności fobii społecznej.

		N	X	SD	Test t równości średnich (*)			
					t	df	p	ΔX
IOB1**	FS	836	4,56	2,12	-9,5	923	,000	-2,22
	bez FS	89	6,79	1,88				
A*	FS	843	5,77	1,29	-7,9	99,4	,000	-1,50
	bez FS	90	7,28	1,76				
B**	FS	840	5,35	1,56	-10,6	928	,000	-1,85
	bez FS	90	7,20	1,68				
C*	FS	843	5,38	1,64	-7,4	100,9	,000	-1,69
	bez FS	90	7,08	2,11				
D*	FS	839	5,16	1,49	-7,2	103,0	,000	-1,40
	bez FS	90	6,56	1,76				
E**	FS	842	5,36	1,76	-7,8	930	,000	-1,54
	bez FS	90	6,90	2,05				
E**	FS	843	5,70	1,60	-7,1	931	,000	-1,28
	bez FS	90	6,98	1,68				

FS - fobia społeczna, (*) nie założono równości wariancji (**) założono równości wariancji, p - istotność dwustronna, ΔX - różnica średnich

Tabela 27. Wartości skali ogólnej i podskal IO„B1” (w stenach) w zależności od obecności fobii społecznej w grupie chłopców.

		N	X	SD	Test t równości średnich (*)			
					t	df	p	ΔX
IOB1**	FS	466	4,35	2,06	-8,1	502	,000	-2,83
	bez FS	38	7,18	2,09				
A*	FS	472	5,62	1,16	-5,8	39,6	,000	-1,67
	bez FS	38	7,29	1,75				
B**	FS	469	5,19	1,49	-7,9	41,6	,000	-2,28
	bez FS	38	7,47	1,72				
C*	FS	471	5,37	1,62	-5,8	40,9	,000	-1,97
	bez FS	38	7,34	2,03				
D*	FS	467	5,17	1,47	-7,7	503	,000	-1,94
	bez FS	38	7,11	1,75				
E**	FS	471	5,30	1,71	-6,5	507	,000	-1,91
	bez FS	38	7,22	2,07				
E**	FS	470	5,46	1,45	-5,5	40,3	,000	-1,78
	bez FS	38	7,27	1,97				

FS - fobia społeczna, (*) nie założono równości wariancji (**) założono równości wariancji, p - istotność dwustronna, ΔX - różnica średnich

Tabela 28. Wartości skali ogólnej i podskal IO,,B1” (w stenach) w zależności od obecności fobii społecznej w grupie dziewcząt.

		N	X	SD	Test t równości średnich (*)			
					t	df	p	ΔX
IOB1**	FS	369	4,83	2,17	-6,4	75,6	,000	-1,66
	bez FS	51	6,49	1,67				
A*	FS	370	5,98	1,42	-5,0	60,4	,000	-1,29
	bez FS	52	7,27	1,78				
B**	FS	370	5,56	1,62	-6,0	420	,000	-1,44
	bez FS	52	7,00	1,63				
C*	FS	371	5,40	1,67	-4,8	59,9	,000	-1,48
	bez FS	52	6,88	2,16				
D*	FS	371	5,15	1,52	-4,4	421	,000	-1,00
	bez FS	52	6,15	1,67				
E**	FS	370	5,43	1,83	-4,5	420	,000	-1,24
	bez FS	52	6,67	2,03				
E**	FS	372	6,02	1,73	-3,5	73,4	,001	-0,77
	bez FS	52	6,79	1,43				

FS - fobia społeczna, (*) nie założono równości wariancji (**) założono równości wariancji, p - istotność dwustronna, ΔX - różnica średnich

Tabela 29. Wartości skal czynnikowych w zależności od występowania depresji.

		N	X	SD	Test t równości średnich (*)			
					t	df	p	ΔX
SCz2*	D	779	1,22	1,46	-11,7	315,9	,000	-1,81
	bez D	251	3,04	2,32				
SCz1*	D	788	1,80	1,89	-8,8	364,8	,000	-1,54
	bez D	268	3,34	2,64				
SCz3*	D	818	2,06	2,00	-9,4	401,4	,000	-1,51
	bez D	270	3,5	2,38				
SCz4*	D	810	0,80	1,16	-8,6	337,8	,000	-1,02
	bez D	264	1,82	1,79				

D - depresja, (*) Dla testu równości średnich nie założono równości wariancji, p – istotność dwustronna, ΔX - różnica średnich

Tabela 30. Wartości skal czynnikowych w grupie chłopców w zależności od występowania depresji.

		N	X	SD	Test t równości średnich (*)			
					t	df	p	ΔX
SCz2*	D	445	1,11	1,31	-7,8	139,7	,000	-1,77
	bez D	121	2,88	2,41				
SCz1*	D	445	1,64	1,79	-5,1	158,0	,000	-1,26
	bez D	125	2,90	2,62				
SCz3*	D	463	1,97	1,87	-5,5	163,4	,000	-1,30
	bez D	125	3,27	2,49				
SCz4*	D	452	0,80	1,10	-5,9	143,6	,000	-1,05
	bez D	122	1,85	1,90				

D - depresja, (*) Dla testu równości średnich nie założono równości wariancji, p – istotność dwustronna, ΔX - różnica średnich

Tabela 31. Wartości skal czynnikowych w grupie dziewcząt w zależności od występowania lub nie wystąpienia depresji.

		N	X	SD	Test t równości średnich (*)			
					t	df	p	ΔX
SCz2*	D	333	1,38	1,63	-8,4	184,9	,000	-1,81
	bez D	130	3,19	2,23				
SCz1*	D	342	2,0	2,01	-7,1	213,3	,000	-1,73
	bez D	142	3,73	2,61				
SCz3**	D	354	2,18	2,16	-7,6	496	,000	-1,64
	bez D	144	3,82	2,26				
SCz4*	D	357	0,81	1,23	-6,2	202,7	,000	-,98
	bez D	142	1,79	1,70				

D - depresja, (*)nie założono równości wariancji, (**) założono równości wariancji, p – istotność dwustronna, ΔX - różnica średnich

Tabela 33. Grupa chłopców. Korelacje liniowe skal czynnikowych w obrębie SPAI-C.

		Skala kwestionariusza lęku społecznego			
		SCz2	SCz3	SCz4	total
SCz1	Korelacja	,591	,621	,675	,869
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	547	569	555	511
SCz2	Korelacja		,582	,637	,818
	Istotność *		,000	,000	,000
	N		567	552	511
SCz3	Korelacja			,570	,831
	Istotność *			,000	,000
	N			572	511
SCz4	Korelacja				,821
	Istotność *				,000
	N				511

* dwustronna

Tabela 34. Grupa dziewcząt. Korelacje liniowe skal czynnikowych w obrębie SPAI-C.

		Skala kwestionariusza fobii społecznej			
		SCz2	SCz3	SCz4	total
SCz1	Korelacja	,693	,670	,677	,897
	Istotność *	,000	,000	,000	,000
	N	447	481	483	425
SCz2	Korelacja		,608	,662	,850
	Istotność *		,000	,000	,000
	N		460	463	425
SCz3	Korelacja			,582	,841
	Istotność *			,000	,000
	N			498	425
SCz4	Korelacja				,811
	Istotność *				,000
	N				425

* dwustronna

Tabela 36. Korelacje skal czynnikowych SPAI-C i podskal kwestionariusza IO„B1”, chłopcy.

Skala KID IO „B1”	Statystyka	Skala kwestionariusza fobii społecznej				
		total	SCz1	SCz2	SCz3	SCz4
Wynik ogólny	Korelacja	,484	,357	,519	,357	,385
	Istotność*	,000	,000	,000	,000	,000
	N	504	570	566	588	574
A	Korelacja	,438	,314	,458	,318	,338
	Istotność*	,000	,000	,000	,000	,000
	N	510	576	572	594	580
B	Korelacja	,479	,354	,525	,361	,383
	Istotność*	,000	,000	,000	,000	,000
	N	507	573	570	592	578
C	Korelacja	,421	,319	,440	,359	,320
	Istotność*	,000	,000	,000	,000	,000
	N	509	576	572	595	580
D	Korelacja	,373	,270	,404	,284	,322
	Istotność*	,000	,000	,000	,000	,000
	N	505	572	568	591	576
E	Korelacja	,351	,271	,404	,224	,286
	Istotność*	,000	,000	,000	,000	,000
	N	509	576	572	595	580
F	Korelacja	,416	,336	,440	,296	,329
	Istotność*	,000	,000	,000	,000	,000
	N	508	575	571	594	579

* dwustronna

Tabela 37. Korelacje skal czynnikowych SPAI-C i podskal kwestionariusza IO„B1”, dziewczęta.

		Skala kwestionariusza lęku społecznego				
		total	SCz1	SCz2	SCz3	SCz4
IOB1	Korelacja	,486	,429	,498	,384	,385
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	420	484	463	498	499
A	Korelacja	,694	,587	,802	,496	,490
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	425	479	468	495	497
B	Korelacja	,467	,399	,472	,348	,370
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	422	486	465	500	501
C	Korelacja	,484	,446	,466	,389	,375
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	423	487	466	502	503
D	Korelacja	,398	,341	,444	,303	,361
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	423	487	466	501	502
E	Korelacja	,371	,321	,386	,319	,334
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	422	485	464	499	500
F	Korelacja	,365	,325	,389	,285	,282
	Istotność *	,000	,000	,000	,000	,000
	N	424	488	467	503	504

* dwustronna