

Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną

Zaburzenia lękowe w postaci fobii

Janusz Rybakowski

1. CHARAKTERYSTYKA GRUPY ZABURZEŃ I ICH HISTORIA

Słowo **fobia** pochodzi z języka greckiego (*phobos* – strach) i oznacza lęk przed różnymi przedmiotami, istotami lub sytuacjami. Istotą zaburzenia o charakterze fobii jest nadmierny lęk o różnym natężeniu aż do lęku panicznego włącznie, pojawiający się podczas bezpośredniego kontaktu z określonymi obiektami lub sytuacjami. U człowieka lęk taki może wystąpić nawet w momencie ich wyobrażenia, jak również przybrać postać nieuzasadnionej obawy przed możliwością wystąpienia danej sytuacji. Zazwyczaj osoba, u której występuje fobia, zdaje sobie sprawę, że nadmierny lęk przed daną sytuacją jest irracjonalny i nieuzasadniony. Mimo to systematycznie unika danych sytuacji czy nawet bodźców ją sygnalizujących. Jeżeli dochodzi do tego, że nie może ich uniknąć, przebywanie w nich wywołuje u niej dyskomfort psychiczny o znacznym nasileniu, poczucie cierpienia i reakcję lękową.

Tradycyjnie objawy fobii spełniające powyższe kryteria kliniczne były zaliczane do zaburzeń nerwicowych. Na początku XX stulecia Zygmunt Freud uznał fobie za postać nerwic, w których w wyniku mechanizmów obronnych, takich jak przemieszczenie oraz projekcja, dochodzi do powiązania lęku bądź to uogólnionego, bądź występującego w sposób napadowy ze specyficznymi przedmiotami lub sytuacjami zewnętrznymi. Według niego doprowadza to do działania kolejnego mechanizmu obronnego, jakim jest unikanie kontaktu z owymi przedmiotami lub sytuacjami, z którymi skojarzony jest lęk. W dwóch ostatnich polskich podręcznikach psychiatrii wydanych w końcu lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia bądź używany jest termin „nerwica fobijna” (S. Leder), bądź też fobie utożsamiane są z nerwicą lękową (T. Bilikiewicz). W dziesiątej edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) z 1992 roku zaburzenia lękowe w postaci fobii kodowane są jako F 40 w rozdziale „Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i występujące pod postacią somatyczną”. Natomiast w klasyfikacji amerykań-

skiej DSM, począwszy od jej trzeciej edycji pochodzącej z 1980 roku, zespoły psychopatologiczne z objawami fobii wchodzi w skład zaburzeń lękowych (*anxiety disorders*). W obu aktualnych klasyfikacjach (ICD-10, DSM-IV) można wyróżnić trzy rodzaje zaburzeń o charakterze fobii. Są to: agorafobia, fobie specyficzne i fobia społeczna. W każdym z tych zaburzeń objawy fobii występują w innych sytuacjach, zawsze jednak objawy fobii mają cechy wspólne, związane z ich pojawianiem się i konsekwencjami. Niektóre fobie występują w kontekście innych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza innych zaburzeń lękowych oraz depresji. W największym stopniu dotyczy to agorafobii, która najczęściej wiąże się z objawami o charakterze zespołu lęku napadowego.

Istnieją określenia bardzo licznych objawów fobii. W tabeli 3.5, zamieszczonej w rozdziale *Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych* w pierwszym tomie *Psychiatrii* (s. 351) ich liczba wynosi 59. Stanowi to jednak tylko niecałą dziesiątą część różnych rodzajów fobii wymienionych na stronie internetowej www.phobialist.com. Trzeba jednak podkreślić, że nie wszystkie z tych rodzajów fobii występują w omawianych tu zaburzeniach, takich jak agorafobia, fobie specyficzne i fobia społeczna. Największa ich liczba określa fobie specyficzne, dawniej nazywane fobiami prostymi. Niektóre objawy o charakterze fobii wykazują związek z zaburzeniami o charakterze obsesyjno-kompulsyjnym (np. ajchmofobia – obawa przed ostrymi przedmiotami, którymi można by zrobić krzywdę bliskiej osobie) lub hipochondryczno-depresyjnym (np. *carcinophobia* – obawa przed chorobą nowotworową). Objaw dysmorfofobii (obawa przed zmianą wyglądu zewnętrznego) często występuje w początkowym okresie schizofrenii.

Obecnie powszechnie akceptowany jest pogląd, że do powstania zaburzeń o charakterze fobii dochodzi w wyniku interakcji czynników genetycznych i środowiskowych. Czynniki genetyczne dotyczą predyspozycji biologicznej i osobowościowej do wystąpienia danego zaburzenia. W przypadku niektórych fobii mogą wynikać ze zjawisk związanych z ewolucyjnym rozwojem gatunku ludzkiego lub nawet wcześniejszych etapów ewolucyjnych. Natomiast czynniki środowiskowe mogą być bardziej lub mniej specyficzne i często są związane z warunkowaniem i uczeniem się, wynikającym

ze znajdowania się w określonych sytuacjach we wcześniejszym okresie życia.

Próby leczenia zaburzeń o charakterze fobii w ostatnim stuleciu odegrały istotną rolę w tworzeniu teorii i praktyki zarówno terapii psychodynamicznej, jak i behawioralnej. Istotny postęp w leczeniu psychoterapeutycznym takich zaburzeń jest związany z wprowadzeniem terapii behawioralno-poznawczych, które okazały się tutaj najbardziej skuteczne. W odróżnieniu od tradycyjnych metod psychodynamicznych metody behawioralno-poznawcze nie skupiają się na przyczynach zaburzeń, a raczej na jak najlepszym radzeniu sobie w sytuacjach lękotwórczych i możliwościach ich opanowania. Natomiast nowy kierunek badania biologicznych mechanizmów zaburzeń o charakterze fobii został wytyczony przez obserwacje kliniczne wskazujące na możliwość leczenia tych zaburzeń poprzez stosowanie środków farmakologicznych. Dotyczy to prób farmakologicznego leczenia lęku napadowego w latach sześćdziesiątych i fobii społecznej w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Wprowadzenie w ostatniej dekadzie XX wieku leków przeciwdepresyjnych nowej generacji, z których większość okazała się bezpieczna i skuteczna w terapii zespołów lękowych, przyczyniło się do istotnej zmiany poglądów na praktykę kliniczną postępowania w tych zaburzeniach.

2. AGORAFOBIA

2.1. CHARAKTERYSTYKA KLINICZNA

Agorafobia w ścisłym znaczeniu oznacza lęk przed otwartą przestrzenią (słowo „agora” w języku greckim znaczy „plac”). We współczesnej klasyfikacji psychiatrycznej, oprócz lęku przed przebywaniem na otwartej przestrzeni, zaburzenie to dotyczy również innych sytuacji, których wspólną cechą jest to, że wydostanie się z nich może być trudne lub kłopotliwe, lub niemożliwe może być uzyskanie pomocy w przypadku złego samopoczucia. Są to: przebywanie w tłumie, podróżowanie samemu, zwłaszcza takimi środkami komunikacji, jak tramwaj, autobus czy pociąg, oraz oddalanie się samemu od swego domu.

Zaburzenie o charakterze agorafobii najczęściej stanowi następstwo zespołu lęku napadowego (*panic disorder*). W nielicznych pozostałych przypadkach unikanie powyższych sytuacji również w większym lub mniejszym stopniu jest związane z obawą przed wystąpieniem somatycznych lub psychicznych objawów lęku. Kryteria diagnostyczne rozpoznawania agorafobii wymagają, aby w sytuacjach wymienionych powyżej występował co najmniej jeden objaw z czterech związanych z ogólnym wzbudzeniem autonomicznym oraz co najmniej jeden objaw z dziesięciu somatycznych lub psychicznych przejawów lęku. Do pierwszej grupy należą: kołatania serca, pocenie, drżenie oraz suchość w ustach. Do grupy drugiej: duszność, ucisk w gardle, bóle w klatce piersiowej, nudności, zawroty głowy, poczucie derealizacji lub depersonalizacji, obawa przed utratą kontroli („zwariowaniem”), lęk przed śmiercią, uderzenia gorącą lub zimną oraz mrowienia kończyn.

2.2. ROZPOWSZECHNIENIE

Ryzyko wystąpienia objawów agorafobii, jak wynika z badań epidemiologicznych, przeprowadzonych w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku, dotyczy kilku procent populacji (2–5%).

2.3. LECZENIE

Ponieważ, jak wspomniano, agorafobia występuje najczęściej w związku z zespołem lęku napadowego, jej leczenie jest ściśle związane z leczeniem tego zespołu lękowego.

3. FOBIE SPECYFICZNE

3.1. CHARAKTERYSTYKA KLINICZNA

Różnorodne nadmierne lub irracjonalne lęki przed określonymi sytuacjami są klasyfikowane jako fobie specyficzne. Zwykle fobie takie dotyczą jednej lub kilku sytuacji. Znalezienie się osoby w danej sytuacji powoduje przeżycie przykrości (*distress*), a upośledzenie funkcjonowania wynika również z czynnego unikania takich sytuacji. Gdy sytuacja

nie powoduje takich konsekwencji, nie można mówić o fobii, a raczej o irracjonalnych obawach. Poza daną sytuacją, fobie społeczne w zasadzie nie upośledzają w istotny sposób ogólnego funkcjonowania danej osoby.

Wyróżnia się kilka rodzajów fobii specyficznych:

1. Fobia zwierząt – najczęściej dotyczy pajaków (arachnofobia) lub węży (ofidiofobia). Fobia taka zwykle rozpoczyna się już w okresie dzieciństwa.
2. Fobia środowiska naturalnego – charakteryzuje się obawami przed przebywaniem na wysokości (akrofobia). Należy tu również nadmierny lęk przed burzą (brontofobia) lub innymi zjawiskami przyrodniczymi, np. powodzią (antlofobia). Zwykle rozpoczyna się w okresie dzieciństwa.
3. Fobie sytuacyjne – dotyczą lęku, które wywołują określone sytuacje, takie jak przebywanie na moście (gefirofobia), w windzie lub miejscach zamkniętych (klastrofobia) czy latanie samolotem (awiatofobia). U osób takich nawet wówczas, gdy znajdują się w takich sytuacjach, nie dochodzi do wystąpienia napadów paniki, nie występują również objawy agorafobii wymienione powyżej. Niemniej jednak osoby takie starają się w miarę możliwości sytuacji takich unikać. Fobie sytuacyjne mogą powstać w różnym okresie życia i często wiążą się z przeżyciem określonej sytuacji związanej z zagrożeniem lub informacjami o niej.
4. Fobia typu „krew-iniekcja-rana” (hematofobia) – charakteryzuje się lękiem, który jest wywoływany widokiem krwi lub zranienia u innej osoby albo pojawia się podczas pobierania krwi lub wykonywania iniekcji. W wyniku nasilonego lęku może dojść do omdlenia. Tego typu fobia często występuje rodzinnie i wiąże się z tendencją do występowania odczynu wazowagalnego.
5. Inne fobie – dotyczą irracjonalnych obaw przed innymi wydarzeniami, np. przed upadkiem, jeżeli w pobliżu nie ma ściany lub innych obiektów, o które można się oprzeć.

3.2. ROZPOWSZECHNIENIE

Rozpowszechnienie fobii specyficznych jest prawdopodobnie dość znaczne. Osoby takie zwykle nie zgłaszają się do leczenia, jeżeli nie powoduje

to istotnego upośledzenia ich funkcjonowania. W praktyce klinicznej często wykrywa się fobie specyficzne istniejące przy okazji innych zaburzeń lękowych. Rozpowszechnienie poszczególnych fobii może być odmienne w różnych kulturach.

Badania bliźniąt z dużego ich rejestru w stanie Virginia wykazały np., że fobie zwierząt występują u 11% badanych i że czynniki genetyczne mają istotny udział w ich powstaniu. W tym samym badaniu stwierdzono, że fobie sytuacyjne były w istotnym stopniu uwarunkowane przez czynniki środowiskowe.

Opublikowane w roku 2007 wyniki badania National Epidemiologic Survey w USA wykazały, że 12-miesięczne rozpowszechnienie fobii specyficznych wynosiło 71%, a ryzyko w ciągu życia 94%. Początek objawów miał średnio miejsce w 10 roku życia, a długość ich utrzymywania wynosiła średnio 20 lat. Tylko u 8% osób stosowano jakiegokolwiek leczenie.

3.3. PATOGENEZA

Fobia zwierząt może mieć ewolucyjne podłoże wspólne dla wszystkich ssaków związane z celowością unikania pająków czy węży, gdyż niektóre z nich mogą grozić śmiertelnym ukąszeniem. Osoby z fobią pająków wykazują szczególne zachowanie w eksperymentach psychologicznych (istotnie szybsza tendencja do pozbycia się widoku pajaka).

Wiele danych wskazuje, że patogeneza fobii „krew-iniekcja-rana” jest odmienna od pozostałych. Przypuszcza się, że w patogenezie tej fobii mogą odgrywać rolę również elementy ewolucyjne nabyte w okresie paleolitu. Powstanie odczynu wazowagalnego po doznaniu zranienia mogło zmniejszać wpływ krwi, jak również zapobiegać dalszemu atakowi wroga lub drapieżnika poprzez symulację śmierci. Badania eksperymentalne, wykonane u osób z taką fobią, wykazały u nich zahamowanie odpowiedzi układu sympatycznego na bodźce pobudzające.

Ostatnie badania neuroobrazowe wykazały, że u osób z fobią specyficzną występuje nadmierna aktywacja prawego ciała migdałowatego w automatycznej odpowiedzi na bodziec związany z fobią. W późniejszym okresie zwiększonej aktywacji ulegają takie struktury, jak wyspa, przednia część

zakrętu obręczy oraz grzbietowo-przyśrodkowa część kory przedczołowej, związane z poznawczą oceną znaczenia bodźca.

3.4. LECZENIE

W leczeniu fobii specyficznych najczęściej stosuje się techniki behawioralno-poznawcze, których podstawową cechą jest kontrolowana ekspozycja na bodziec lękotwórczy. Ekspozycja może mieć miejsce w realnej sytuacji (*in vivo*) lub dokonywać się za pomocą wyobraźni pacjenta. W leczeniu fobii specyficznych częściej stosowana jest ekspozycja *in vivo*, która może być całkowita (*flooding*) lub stopniowana, z udziałem terapeuty. Istnieje również możliwość zaprogramowanych ćwiczeń związanych ze stopniową ekspozycją na daną sytuację, które pacjent odbywa samodzielnie lub w towarzystwie osoby innej niż terapeuta.

Wspomagające stosowanie farmakoterapii może być pomocne przy fobiach o znacznym nasileniu z towarzyszącymi innymi objawami. Opisano przypadek pacjenta z ekstremalnie nasiloną fobią wiatru (ankraofobia) i obsesyjnym skupieniem się na prognozach pogody, leczonego w Klinice Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu, u którego stosowanie psychoterapii w konwencji psychodynamicznej oraz paroksetyny, 20 mg/dobę, doprowadziło do ustąpienia objawów.

Badania neuroobrazowe wykazały, że skuteczne zastosowanie terapii behawioralno-poznawczej doprowadza do istotnego zmniejszenia aktywacji wyspy i przedniej części zakrętu obręczy w odpowiedzi na bodziec lękotwórczy.

4. FOBIA SPOŁECZNA (ZESPÓŁ LĘKU SPOŁECZNEGO)

4.1. CHARAKTERYSTYKA KLINICZNA

Somatyczne i psychiczne przejawy lęku wywołane przez obecność innych osób, stanowiące główne zaburzenie występujące w zespole lęku społecznego (fobii społecznej), przez wiele lat traktowane były przez psychiatrów jako nieprawidłowość osobowości charakteryzująca się skrajną

nieśmiałością i skłonnością do unikania kontaktów interpersonalnych (*avoidant personality*). W literaturze psychiatrycznej pojęcie fobii społecznej jako szczególnej formy zaburzeń nerwicowych pojawiło się po raz pierwszy w połowie lat sześćdziesiątych XX wieku w pracy Marksa i Geldera. Do amerykańskiego systemu diagnostycznego DSM-III fobia społeczna jako jednostka diagnostyczna została wprowadzona w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku, a do ICD-10 w roku 1992. Pierwsza publikacja w Polsce poświęcona fobii społecznej ukazała się dopiero w 1996 roku.

Według kryteriów diagnostycznych ICD-10 i DSM-IV głównym objawem fobii społecznej jest znaczna i utrwalona obawa przed sytuacjami, związanymi z ekspozycją na nieznanymi ludzi lub z oglądem przez innych, mogącymi doprowadzić do wystąpienia kompromitującego daną osobę zachowania. Są to sytuacje takie, jak przemawianie (glossofobia), jedzenie czy pisanie (skriptofobia) w miejscach publicznych lub spotykanie się w małych grupach. W sytuacjach tych występują takie objawy, jak zaczerwienienie (objawu tego nie ma w innych zespołach lękowych, a na obawę przed wystąpieniem takiego objawu ukuto nazwę „erytofobia”), drżenie, zwłaszcza rąk, kołatanie serca, silne pocenie się czy trudności w wysławianiu się. Sam pacjent ocenia te objawy jako nadmierne i irracjonalne, niemniej jednak stopniowo dochodzi do unikania przez niego takich sytuacji, co w konsekwencji może skutkować znacznym upośledzeniem funkcjonowania szkolnego, zawodowego, aktywności społecznej i stosunków międzyludzkich oraz powstania ogólnie złego samopoczucia. Rozróżnia się tzw. fobię społeczną specyficzną, polegającą na lęku przed występem publicznym, oraz fobię społeczną uogólnioną, związaną z lękiem przed wszystkimi sytuacjami kontaktów społecznych (poza najbliższą rodziną).

4.2. ROZPOWSZECHNIENIE

Badania epidemiologiczne wskazują, że objawy fobii uogólnionej występują u ok. 3% populacji, w równej częstotliwości u mężczyzn i kobiet, natomiast ich częstotliwość u chorych zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu jest dwukrotnie wyższa. Jak wynika z badań amerykańskich, ryzyko wystąpienia objawów fobii społecznej w ciągu życia

może dotyczyć nawet 10% populacji. U większości chorych zaburzenie pozostaje nigdy nierozpoznane i nieleczone.

Objawy fobii społecznej najczęściej rozpoczynają się już w okresie dziecięcym lub młodzieńczym (11–15 rok życia), a wcześniejszy początek zwykle determinuje gorsze rokowanie. Tylko u 1/3 chorych występuje przez całe życie „czysta” forma fobii społecznej. U pozostałych dołączają się inne zaburzenia psychiczne i w większości to one stanowią powód zgłoszenia się do lekarza psychiatry.

Współchorobowość (*comorbidity*) fobii społecznej jest znaczna. U połowy chorych z tym zaburzeniem występują różnorodne fobie specyficzne, również u połowy chorych występują objawy agorafobii. U 1/5 pacjentów z fobią społeczną ma się do czynienia z uzależnieniem od alkoholu, a u 10% – z uzależnieniem od innych środków psychoaktywnych. Istotna jest również zależność między występowaniem fobii społecznej i depresji. U niemal 20% osób z fobią społeczną występują też objawy depresji: w 70% takich przypadków fobia społeczna poprzedza depresję.

Dopiero w ostatnich latach wykazano, że następstwa fobii społecznej mogą być bardzo istotne dla osoby chorującej. U osoby takiej istnieje istotnie mniejsze prawdopodobieństwo zawarcia związku małżeńskiego, uzyskania wyższego wykształcenia oraz otrzymania pracy zgodnie z kwalifikacjami. Bardziej prawdopodobne niż w ogólnej populacji jest wystąpienie innych zaburzeń psychicznych, podejmowanie próby samobójczej (zwłaszcza w przypadku współistnienia innych zaburzeń psychicznych) oraz izolacji społecznej danej osoby. Obniżenie jakości życia osoby z fobią społeczną jest podobne, jak u chorego na depresję leczonego w warunkach ambulatoryjnych. Z tego względu niektórzy klinicyści uważają, że określenie „fobia społeczna” nie odzwierciedla ciężkości zaburzenia i proponują używanie terminu „zespół lęku społecznego”.

4.3. PATOGENEZA

Niektóre zjawiska związane z etapami rozwojowymi człowieka mogą być związane z nasileniem lęku o charakterze społecznym. U dzieci między 6 a 8 miesiącem życia, kiedy zaczynają odróżniać swoją matkę od osób obcych, wytwarza się lęk

przed obcymi. Utrzymywanie się takiego lęku, jak również objawy nadmiernej nieśmiałości i zahamowania behawioralnego występujące u dzieci w pierwszych latach życia mogą stanowić prekursorzy rozwojowe dla późniejszego wystąpienia fobii społecznej.

Badania nad rolą czynników biologicznych w fobii społecznej i możliwościami jej leczenia farmakologicznego rozpoczęły się dopiero w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku. W dwóch badaniach, w których określano występowanie fobii społecznej w rodzinach, stwierdzono 3-krotnie większe ryzyko zachorowania u krewnych osób z uogólnioną fobią społeczną w porównaniu z osobami zdrowymi. W badaniu bliźniąt stwierdzono niemal dwukrotnie większą zgodność zachorowania wśród bliźniąt jednojajowych niż dwujajowych. Wskazuje to na możliwość istnienia komponentu genetycznego w patogenezie tej choroby.

Współczesne wyniki badań farmakologicznych, biochemicznych i klinicznych zdają się wskazywać, że istotny element patogenetyczny w fobii społecznej może stanowić deficyt w zakresie przewodnictwa dopaminergicznego. Pierwsze pozytywne doświadczenia terapeutyczne zgromadzono w odniesieniu do inhibitorów MAO, środków zwiększających aktywność dopaminergiczną, a ostatnio stwierdzono korzystne działanie innych leków pobudzających układ dopaminergiczny, takich jak np. bupropion. Obserwacje kliniczne wskazują również na możliwość występowania zaburzeń o charakterze fobii społecznej u niektórych chorych po terapii lekami neuroleptycznymi, wywierającymi działanie antydopaminergiczne. Istnieją też dane wskazujące na związek między fobią społeczną a chorobą Parkinsona, w której mamy do czynienia ze zmianami degeneracyjnymi w strukturach dopaminergicznych: stwierdzono znaczne rozpowszechnienie zespołu lęku społecznego wśród osób z tą chorobą, jest również prawdopodobne, że osoby z fobią społeczną wykazują większe ryzyko zachorowania na chorobę Parkinsona. W badaniu neuroprzekazników ośrodkowego układu nerwowego, wykonanym metodą tomografii pojedynczego fotonu (SPECT), u chorych z fobią społeczną stwierdzono zmniejszoną ilość transportera dopaminy w strukturach prążkowania w porównaniu z osobami zdrowymi.

Wykazano również związek między polimorfizmem genu kodującego receptor dopaminergiczny D4 a cechami osobowości związanymi z zachowaniem społecznym.

Istnieją dowody, że w zespole lęku społecznego, oprócz układu dopaminergicznego, mają znaczenie takie neuroprzekazniki, jak serotonina, noradrenalina oraz kwas gamma-aminomasłowy (GABA). Dowody te pochodzą głównie z obserwacji terapeutycznego działania w fobii społecznej leków wpływających na te układy przekazywowe. Zmniejszenie liczby obwodowych receptorów benzodiazepinowych (w płytkach krwi), stwierdzone u chorych na fobię społeczną, interpretuje się jako przejaw deficytu układu GABA-ergicznego. Reakcja zaczerwienienia występująca w tym zaburzeniu może być związana z dysfunkcją układu prostaglandyn, o czym może świadczyć nadmierny rumień, jaki pojawia się u osób z fobią społeczną po eksperymentalnym podaniu kwasu nikotynowego. U osób z fobią społeczną o charakterze lęku przed występem publicznym (*performance phobia*) wykazano zwiększoną aktywność autonomicznego układu nerwowego w takich sytuacjach.

Badania neuroobrazowe, przeprowadzone u osób z zespołem lęku społecznego, wykazały nadmierną aktywację ciała migdałowatego w odpowiedzi na bodźce o charakterze społecznym (twarze).

4.4. LECZENIE

W leczeniu zespołu lęku społecznego stosuje się farmakoterapię oraz terapię behawioralno-poznawczą, których celem jest jak największa redukcja lęku występującego w sytuacjach społecznych.

Po raz pierwszy skutecznie zastosowano środek farmakologiczny w fobii społecznej w połowie lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku i był to lek przeciwdepresyjny z grupy nieselektywnych inhibitorów monoaminoooksydazy (MAO) – fenelzyna. Nieselektywne inhibitory MAO, w Polsce niestosowane, są uważane za leki o potencjalnie dużym ryzyku powikłań. W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia okazało się jednak, że terapeutyczne działanie w fobii społecznej dotyczy również inhibitorów MAO nowej generacji, takich jak moklobemid (odwracalny i selektywny inhibitor monoaminoooksydazy typu A). Konieczność oceny