

Κοινωνική φοβία: Φαινομενολογία, κλινική εικόνα και αποτελεσματικές θεραπείες

ΜΑΡΙΑ ΛΙΒΑΝΟΥ^α
ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΣΒΙΚΗΣ^β
ΦΡΟΣΩ ΜΠΟΥΤΟΥ^γ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κοινωνική φοβία είναι μία από τις πιο συχνά απαντώμενες ψυχικές διαταραχές. Συσχετίζεται με σοβαρή υποκειμενική δυσφορία και σημαντική έκπτωση κοινωνικής, μαθησιακής και επαγγελματικής προσαρμογής. Η παρούσα μελέτη: (α) συνοψίζει θέματα διάγνωσης, επιδημιολογίας και φαινομενολογίας, (β) περιγράφει με λεπτομέρεια γνωσιακές και συμπεριφοριστικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις για την κοινωνική φοβία, και (γ) συνοψίζει τα αποτελέσματα των ερευνών που συνέβαλαν στην εμπειρική κατοχύρωση της αποτελεσματικότητας των γνωσιακών-συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων στην κοινωνική φοβία. Συμπεραίνεται ότι το σημαντικό κοινωνικοοικονομικό κόστος με το οποίο η κοινωνική φοβία επιβαρύνει το κράτος μπορεί να μειωθεί αν η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία γίνει εύκολα διαθέσιμη σε όσους τη χρειάζονται. Προτείνεται μελλοντικές έρευνες να εστιάσουν στην ανάπτυξη έγκυρων, αξιόπιστων και πολιτισμικά συμβατών διαγνωστικών ερωτηματολογίων για τον εντοπισμό των ανθρώπων με κοινωνική φοβία. Επιπλέον, πρέπει να διερευνηθούν εναλλακτικοί τρόποι για την παροχή γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας με όσο το δυνατόν μικρότερο κόστος μακροπρόθεσμα για το κράτος (μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών, εγχειριδίων κ.λπ.).

Λέξεις-κλειδιά: Κοινωνική φοβία, Φόβος, Αποφυγή, Θεραπεία συμπεριφοράς και γνωσιών, Έκθεση, Αποτελεσματική ψυχοθεραπεία.

Εισαγωγή

Η κοινωνική φοβία (ΚΦ) είναι μια διαταραχή άγχους που χαρακτηρίζεται κυρίως από υπερβολικό φόβο και αποφυγή κάποιων κοινωνικών ερεθισμάτων ή καταστάσεων. Αποτελεί την τρίτη συχνότερη ψυχική διαταραχή στις ΗΠΑ (Kessler et al., 1994), ενώ μελέτες που έχουν διεξαχθεί στις ΗΠΑ και άλλες δυτικές κοινωνίες αναφέρουν ποσοστά επιπολασμού από 2% έως 16% (Furmark, 2002. Hildago et al., 2001. Kessler et al.,

1999. Raparport et al., 1995. Lépine & Lellouch, 1995), γεγονός που υποδεικνύει ότι η διαταραχή είναι ευρέως διαδεδομένη.

Παρ' όλο που πολλά άτομα με ΚΦ δεν αναζητούν θεραπεία (Judd, 1994), είναι η δεύτερη πιο κοινή μορφή φοβίας (μετά την αγοραφοβία) που συναντάται στις ψυχιατρικές κλινικές των δυτικών χωρών (Marks, 1987). Σε μια πρόσφατη περιγραφή των ατόμων με διαταραχές άγχους που αναζήτησαν θεραπεία στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς του Κέντρου Ψυχικής Υγι-

^α Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College London

^β Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα

^γ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα

Δεύθυνση: Γιάννης Κασβίκης, Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Βασ. Ηρακλείου 8, Αθήνα.

εινής στην Αθήνα (Kasvikis, 2004), το 10% υπέφερε από ΚΦ. Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα ευρήματα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τις κλινικές εκδηλώσεις της διαταραχής και ενημερωμένοι για τις διαθέσιμες αποτελεσματικές θεραπείες.

Η θεραπεία επιλογής για τις διαταραχές άγχους είναι η συμπεριφοριστική-γνωσιακή ψυχοθεραπεία (ΣΓΨ) (Marks, 1987. Ballenger et al., 1998). Η χρησιμότητά της στην ΚΦ έχει αποδειχθεί από πολλές τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες έρευνες (Newman et al., 1994. Turner et al., 1994), μετα-αναλυτικές μελέτες (Taylor, 1996. Feske & Chambless, 1995) και αναδρομές στη βιβλιογραφία (Stravynski & Greenberg, 1998).

Η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει μια σύντομη περιγραφή της διαταραχής και εστιάζεται στην κλινική εφαρμογή της ΣΓΨ στην κοινωνική φοβία.

Φαινομενολογία και κλινική εικόνα

Διαγνωστικά κριτήρια

Εν συντομία, σύμφωνα με την 4η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου για τις Ψυχικές Διαταραχές (American Psychiatric Association, 1994), τα διαγνωστικά κριτήρια για την ΚΦ περιλαμβάνουν έντονο και επίμονο φόβο τουλάχιστον για μία κοινωνική κατάσταση (κατά την οποία το άτομο εκτίθεται σε αγνώστους ή παρατηρείται από άλλους), φόβο ότι το άτομο θα ενεργήσει με τρόπο που θα του προκαλέσει ντροπή και γελοιοποίηση, επίγνωση ότι ο φόβος είναι υπερβολικός ή παράλογος και αποφυγή της κοινωνικής κατάστασης που προκαλεί το φόβο (ή ανοχή της με έντονο άγχος ή δυσφορία). Η αποφυγή των κοινωνικών ερεθισμάτων, το έντονο άγχος και η δυσφορία που προκαλούν έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στη γενικότερη προσαρμογή του ατόμου.

Επιπλέον, για να γίνει διάγνωση ΚΦ, το άγχος ή η αποφυγή κοινωνικών ερεθισμάτων δεν πρέπει να σχετίζονται με άμεσες σωματικές αντι-

δράσεις προερχόμενες από τη χρήση κάποιας ουσίας ή από σωματική ασθένεια ή από άλλη ψυχική διαταραχή. Ακόμα κι αν υπάρχει άλλη ψυχική διαταραχή, ο φόβος δεν πρέπει να συνδέεται με αυτήν (όπως, για παράδειγμα, στην περίπτωση που κάποιος έχει κοινωνικό άγχος επειδή υποφέρει από τραυλισμό ή Πάρκινσον).

Η ΚΦ παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες (Hildago et al., 2001. Merikangas et al., 2002). Η έναρξή της συχνά παρουσιάζεται στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία, και ενώ ορισμένες φορές μπορεί να συνδεθεί με κάποιο γεγονός που προκάλεσε άγχος, άλλοτε δε δείχνει να έχει εμφανή αίτια.

Φαινομενολογία

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία διακρίνει μία κατηγορία ΚΦ γενικευμένης μορφής, που χαρακτηρίζει ανθρώπους που νιώθουν φόβο στις περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις. Ωστόσο, έχει υποστηριχθεί (Heimberg et al., 1993a) ότι μπορούμε να διακρίνουμε δύο ακόμα υποκατηγορίες: την «κλειστού ή περιορισμένου τύπου» (*circumscribed subtype*), που αναφέρεται σε ανθρώπους οι οποίοι νιώθουν φόβο σε μία ή περισσότερες πολύ συγκεκριμένες καταστάσεις, και τη «μη γενικευμένου ή ειδικού τύπου» (*nongeneralized subtype*), που αναφέρεται σε ανθρώπους ικανούς να λεπουργούν αποτελεσματικά και να προσαρμόζονται με επιτυχία στις περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις εκτός από ελάχιστες.

Η ΚΦ δεν πρέπει να συγχέεται με αυτό που κοινώς ονομάζεται «ντροπαλότητα», γιατί το άγχος που συνοδεύει την ΚΦ υπερβαίνει κατά πολύ αυτό της ντροπαλότητας. Επιπλέον, πολλοί άνθρωποι με ΚΦ μπορεί να μην είναι ντροπαλοί μπροστά σε ανθρώπους που θεωρούν οικείους ή μπορεί είναι χαλαροί και διαχυτικοί με ανθρώπους που γνωρίζουν πως δε θα τους κρίνουν αρνητικά.

Όσον αφορά τις γνωσιακές επεξεργασίες, όπως και σε άλλες διαταραχές άγχους, στην ΚΦ υπάρχει η τάση τα γεγονότα (ιδιαίτερα αν είναι

ασαφή) να ερμηνεύονται ως απειλητικά (Butler & Mathews, 1983). Έτσι, τα άτομα με ΚΦ εύκολα μπορεί να παρερμηνεύσουν ουδέτερα ερεθίσματα και να καταλήξουν λανθασμένα στο συμπέρασμα ότι οι άλλοι τους αξιολογούν αρνητικά. Τείνουν να θεωρούν πολύ σημαντικό το να δημιουργούν θετικές εντυπώσεις στους γύρω τους, καθώς συχνά επιζητούν έντονα την αποδοχή από τους άλλους και αμφιβάλλουν για τις ικανότητές τους να κάνουν καλή εντύπωση.

Η ΚΦ παρουσιάζει υψηλό επίπεδο συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές άγχους, διάθεσης και προσωπικότητας, καθώς και με την κατάχρηση αλκοόλ (Kessler et al., 1999. Merikangas & Angst, 1995. Brewerton et al., 1993. Schwalberg et al., 1992. Schneier et al., 1992). Υπολογίζεται δε (Merikangas & Angst, 1995) ότι κατά μέσο όρο 80% των ατόμων με ΚΦ πληροί τα διά βίου διαγνωστικά κριτήρια για τουλάχιστον άλλη μία ψυχική διαταραχή· έτσι η συννοσηρότητα τείνει να είναι μάλλον κανόνας παρά εξαίρεση.

Φόβος και αποφυγή

Η ΚΦ, όπως και οι περισσότερες διαταραχές άγχους, χαρακτηρίζεται από φόβο και αποφυγή. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από αυτήν ενδέχεται να φοβούνται να φάνε ή να πιουν μπροστά σε άλλους. Ορισμένοι φοβούνται ότι μπορεί να πνιγούν όταν τρώνε και οι άλλοι τους κοιτούν ή ότι μπορεί να τρέμουν τα χέρια τους δημοσίως. Συχνά, επίσης, φοβούνται μήπως κοκκινίσουν και ιδρώσουν μπροστά σε άλλους ή προσελκύσουν την προσοχή με μια παράξενη συμπεριφορά ή κάνοντας κάτι που μπορεί να τους ντροπιάσει (π.χ. σκοντάφτοντας, κάνοντας εμετό ή λιποθυμώντας δημοσίως). Σχεδόν πάντα πίσω από αυτούς τους φόβους ελλοχεύει ο φόβος της παρατήρησης, της αρνητικής κριτικής ή της γελοιοποίησης. Οι σωματικές εκφράσεις του άγχους που αναφέρονται συχνότερα στην ΚΦ περιλαμβάνουν ταχυπαλμία, τρέμουλο, κοκκίνισμα και εφίδρωση (Amies et al., 1983. Marks, 1987).

Εξαιτίας αυτών των φόβων, όσοι έχουν ΚΦ τείνουν να αποφεύγουν καταστάσεις κατά τις

οποίες πρέπει να μιλούν με άλλους ή να απευθύνονται σε ακροατήριο (π.χ. επαγγελματικές συναντήσεις, προφορικές εξετάσεις, συνεντεύξεις για δουλειά, παρουσιάσεις σε συνέδρια), να τρώνε ή να πίνουν δημοσίως (π.χ. πάρτι, ραντεβού) και να γράφουν δημοσίως (π.χ. δημόσιες υπηρεσίες όπου μπορεί να χρειαστεί να υπογράψουν ή να συμπληρώσουν έντυπα). Συχνά αποφεύγουν να μιλούν σε αγνώστους, σε ανωτέρους τους ή σε άτομα κύρους. Γενικότερα, αποφεύγουν να γίνονται το κέντρο της προσοχής (π.χ. να μπαίνουν σε χώρους με πολλά άτομα ή να τους διασχίζουν, να κολυμπούν, να χορεύουν).

Ο φόβος και οι συμπεριφορές αποφυγής περιορίζουν τις επιδόσεις τους τόσο σε κοινωνικές καταστάσεις (π.χ. πάρτι, κοινωνικές συγκεντρώσεις) όσο και στην επίτευξη στόχων στον τομέα της μόρφωσης και της καριέρας. Ορισμένοι ενδέχεται να στραφούν σε μη προσαρμοστικούς τρόπους αντιμετώπισης του φόβου τους, όπως, π.χ., στην κατάχρηση ουσιών (Barlow et al., 1986. Chambless et al., 1987. Kushner et al., 1990). Επιπλέον, ο φόβος και η αποφυγή τείνουν να επηρεάζουν τις διαπροσωπικές σχέσεις, και συνεπώς να οδηγούν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και συναισθήματα μοναξιάς. Για αυτούς τους λόγους η ΚΦ θέτει σε σοβαρό κίνδυνο τη γενική προσαρμογή των ανθρώπων (Greist, 1995. Schneier et al., 1992. Lépine & Lellouch, 1995). Χωρίς έγκυρη διάγνωση και έγκαιρη θεραπεία, η ΚΦ μπορεί να αποτελέσει σοβαρή κοινωνική αναπηρία.

Αποτελεσματικές θεραπείες

Θεραπεία συμπεριφοράς - Έκθεση

Σύμφωνα με το συμπεριφοριστικό μοντέλο, η απόκτηση των φοβιών είναι αποτέλεσμα συνδυασμού κλασικής εξαρτημένης (*classical conditioning*) και συντελεστικής μάθησης (*operant conditioning*) (Mowrer, 1947. McAllister & McAllister, 1995). Μέσα από τη διαδικασία της κλασικής εξαρτημένης μάθησης ουδέτερα ερεθίσματα συσχετίζονται με ερεθίσματα που προκαλούν άγ-

χος, και μέσω της γενίκευσης ερεθίσματος (*stimulus generalisation*) ένας μεγαλύτερος αριθμός ερεθισμάτων που σχετίζονται με κοινωνικές καταστάσεις ενδέχεται να συνδεθεί με άγχος. Τέλος, μέσω της συντελεστικής μάθησης, ο άνθρωπος: (α) αποφεύγει αγχογόνα κοινωνικά ερεθίσματα, ή (β) διακόπτει την έκθεσή του σε κοινωνικές καταστάσεις για να μειώσει το άγχος που αυτές του προκαλούν. Οι συμπεριφορές αποφυγής ενισχύονται όταν τερματίζουν ερεθίσματα που προκαλούν άγχος και με την επανάληψη εδραιώνονται και εξελίσσονται σε πρότυπο μοντέλο φοβικής συμπεριφοράς.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που αναπτύχθηκαν για να ανατρέψουν αυτήν τη διαδικασία της εξαρτημένης μάθησης είναι γνωστές ως «παρεμβάσεις βαθμιαίας έκθεσης» (*graded exposure interventions*) και αποτελούν εδώ και πολύ καιρό τη θεραπεία επιλογής για τις διαταραχές άγχους (Marks, 1987. Barlow & Lehman, 1996), λόγω της αποδεδειγμένης τους αποτελεσματικότητας στη μείωση του άγχους και της αποφυγής. Η «έκθεση» (*exposure*) στο ερέθισμα που προκαλεί το φόβο είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας συμπεριφοράς στις διαταραχές άγχους και συνίσταται στην επαναλαμβανόμενη και παρατεταμένη προσέγγιση ή/και διαχείριση (αντιμετώπιση σε αντίθεση με την αποφυγή) των αγχογόνων ερεθισμάτων, έως ότου μέσω της διαδικασίας της απόσβεσης ή της εξοικείωσης (*extinction / habituation*) (Marks, 1987) μειωθεί σταδιακά το άγχος που αυτά προκαλούν. Η έκθεση μπορεί να εξασκηθεί στη φαντασία (*imaginal exposure*) ή στην πραγματικότητα (*live exposure*) και μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες ψυχολογικές θεραπείες (π.χ. τεχνικές χαλάρωσης, γνωσιακή αναδόμηση). Μπορεί, επίσης, να πραγματοποιηθεί με τη συμβολή του θεραπευτή ή να εφαρμοστεί από τον ίδιο το θεραπευόμενο στον εαυτό του (αυτοέκθεση).

Στη θεραπεία της ΚΦ η ζωντανή έκθεση περιλαμβάνει καθημερινή αντιμετώπιση των καταστάσεων που προκαλούν άγχος σταδιακά, παρατεταμένα και επαναλαμβανόμενα. Με τη βοή-

θεια του θεραπευτή, το άτομο ενθαρρύνεται να συντάξει μια λίστα με όλες τις κοινωνικές καταστάσεις που αποφεύγει επειδή του προκαλούν άγχος. Κατόπιν οι καταστάσεις αυτές ιεραρχούνται, θέτοντας στην κορυφή της λίστας εκείνες που πυροδοτούν τα υψηλότερα επίπεδα άγχους και στο τέλος της λίστας εκείνες που προκαλούν σχετικά λιγότερο άγχος. Στη συνέχεια ο θεραπευτής δίνει στο θεραπευόμενο οδηγίες για καθημερινή αυτοέκθεση στις καταστάσεις που εμφανίζονται στο τέλος της λίστας (δηλαδή εκείνες που προκαλούν σχετικά λιγότερο άγχος). Κατά τη διάρκεια της αυτοέκθεσης ο θεραπευόμενος καταγράφει τα επίπεδα του άγχους του. Στις θεραπευτικές συνεδρίες η καταγραφή αυτή των επιπέδων άγχους επανεξετάζεται και, όταν σημειωθεί σημαντική μείωση, ο θεραπευόμενος καθοδηγείται να προχωρήσει πιο πάνω στην κλίμακα ιεραρχίας (δηλαδή να αρχίσει να εξασκείται με κοινωνικές καταστάσεις που του προκαλούν περισσότερο άγχος). Με αυτό τον τρόπο η έκθεση είναι σταδιακή και επαναλαμβανόμενη. Συνήθως ο θεραπευτής συμβουλεύει το θεραπευόμενο να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις που προκαλούν άγχος για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, δηλαδή τόσο όσο χρειάζεται μέχρι να επέλθουν η εξοικείωση και η αναμενόμενη μείωση του άγχους.

Οι οδηγίες αυτοέκθεσης γίνονται συνήθως αποδεκτές από τα περισσότερα άτομα. Παρ' όλα αυτά, σε περίπτωση που κάποιος νιώθει τόσο έντονο άγχος, που φοβάται ακόμα και να αποπειραθεί αυτοέκθεση, ο θεραπευτής μπορεί να τον συνοδεύσει κατά τις πρώτες του προσπάθειες. Αν και η έκθεση με τη συνοδεία θεραπευτή ενδέχεται να είναι απαραίτητη σε ορισμένες περιπτώσεις, οι περισσότερες μελέτες που εξέτασαν τη σχετική αποτελεσματικότητα της αυτοέκθεσης σε σχέση με την έκθεση συνοδεία θεραπευτή δε βρήκαν διαφορές μεταξύ των δύο μεθόδων (Marks, 1987).

Στην ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς όσα συμβαίνουν στα διαστήματα που μεσολαβούν ανάμεσα στις θεραπευτικές συνεδρίες τείνουν να είναι σημαντικότερα από όσα συμβαίνουν κατά τη

διάρκεια των συνεδριών, πρωτίστως γιατί η βελτίωση (δηλαδή η εξοικείωση) συσχετίζεται με τη συμμετοχή του ατόμου στις ασκήσεις έκθεσης και την ανατροφοδότηση που λαμβάνει από αυτές. Το επιθυμητό αποτέλεσμα έρχεται όταν αρχίσει ο θεραπευόμενος να αντιμετωπίζει τις κοινωνικές καταστάσεις που απέφευγε και σταδιακά να εξοικειώνεται με τα κοινωνικά ερεθίσματα που αρχικά του προκαλούσαν άγχος.

Σύμφωνα με το συμπεριφοριστικό μοντέλο, οι αρνητικές ή δυσπροσαρμοστικές γνώσεις θεωρούνται αποτέλεσμα (παρά αιτία) της εξαρτημένης μάθησης. Από τη στιγμή που ο θεραπευόμενος σταματά να αποφεύγει αγχογόνες καταστάσεις και αρχίζει η διαδικασία της εξοικείωσης, οι αρνητικές ή δυσπροσαρμοστικές σκέψεις αναμένεται να μειωθούν. Πράγματι, τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι στις θεραπείες που περιλαμβάνουν έκθεση η βελτίωση στις φοβικές συμπεριφορές (*behavioral change*) προηγείται της βελτίωσης στις αρνητικές γνώσεις (*cognitive change*) (Livanou, 1998. Ito et al., 1995). Για αυτόν ακριβώς το λόγο η κλασική συμπεριφοριστική θεραπεία δεν περιλαμβάνει συστηματικές προσπάθειες τροποποίησης των γνώσιών, καθώς αυτές αναμένεται να βελτιωθούν μόλις σταματήσουν οι συμπεριφορές αποφυγής.

Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες

Χρόνιες συμπεριφορές αποφυγής μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη μη αποδεκτών και παράξενων συνθηκών σε κοινωνικές καταστάσεις (π.χ. περιορισμένη βλεμματική επαφή, υιοθέτηση συμπεριφορών άγχους, έλλειψη δεξιοτήτων δημόσιου λόγου). Άνθρωποι που έχουν τη διαταραχή για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να συναντήσουν δυσκολία στο τι να πουν σε μια συζήτηση ή ένα ραντεβού. Σε τέτοιες περιπτώσεις, εκτός από την έκθεση, ο θεραπευτής μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει την τεχνική της «εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες» (*social skills training*): για παράδειγμα, να διδάξει το θεραπευόμενο πώς να κάνει την καλύτερη δυνατή εντύπωση σε μια συνέντευξη για δουλειά ή πώς

να είναι πιο διεκδικητικός ή πώς να βελτιώσει τη μη λεκτική επικοινωνία (π.χ. στάση σώματος, βλεμματική επαφή). Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες μπορεί να θεωρηθεί παραλλαγή της θεραπείας έκθεσης, καθώς περιλαμβάνει εξάσκηση στην αντιμετώπιση κοινωνικών αλληλεπιδράσεων τόσο στη φαντασία (μέσα από παιχνίδια ρόλων) όσο και σε αληθινές κοινωνικές καταστάσεις. Παρ' όλο που δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες είναι πιο αποτελεσματική από τις αδρανείς θεραπείες - placebo (Taylor, 1996), σε συνδυασμό με θεραπεία έκθεσης αυτού του είδους η εκπαίδευση μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα βοηθητική στη θεραπεία ατόμων με σοβαρή υστέρηση σε κοινωνικές δεξιότητες.

Γνωσιακή θεραπεία

Το γνωσιακό μοντέλο τονίζει τη σημασία που παίζουν οι αρνητικές ή δυσπροσαρμοστικές σκέψεις στην ανάπτυξη και στη διατήρηση των διαταραχών άγχους και διάθεσης (Beck & Emery, 1985). Οι αρνητικές σκέψεις (π.χ. «Θα αποτύχω» ή «Οι άλλοι θα νομίσουν ότι είμαι βλάκας») θεωρούνται η αιτία του άγχους και των συμπεριφορών αποφυγής. Για να ελαττωθεί το άγχος, θεωρείται αναγκαίο να εντοπιστούν οι αρνητικές ή εσφαλμένες αντιλήψεις που κρύβονται πίσω από αυτό και να αντικατασταθούν με θετικό ή εκλογικευμένο τρόπο σκέψης. Αυτή η διαδικασία, σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο, οδηγεί στη μείωση του άγχους και των συμπεριφορών αποφυγής.

Θεμελιώδης έννοια της γνωσιακής θεραπείας είναι η *γνωσιακή αναδόμηση*, μέσω της οποίας ο άνθρωπος μαθαίνει να αναγνωρίζει τον «εσφαλμένο» τρόπο σκέψης (π.χ. καταστροφολογία, υπεργενίκευση, εικασίες για το περιεχόμενο της σκέψης των άλλων, αυθαίρετες προβλέψεις για το μέλλον, εξαγωγή αβάσιμων συμπερασμάτων, υπερεκτίμηση κινδύνων) και στη συνέχεια πώς να τροποποιεί τον αρνητικό τρόπο σκέψης και να τον αντικαθιστά με πιο λογικό ή προσαρμοστικό τρόπο σκέψης.

Στο πρώτο στάδιο της θεραπείας δίνονται οδηγίες στον θεραπευόμενο να κρατά αναλυτικό ημερολόγιο στο οποίο να καταγράφει καταστάσεις της καθημερινής ζωής που του δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον προσδιορισμό των αρνητικών σκέψεων που κρύβονται πίσω από κάθε αρνητικό συναίσθημα (π.χ. κατάσταση: «Μπήκα στο γραφείο του εργοδότη μου να τον ενημερώσω για την πρόοδο των εργασιών», συναίσθημα: έντονο άγχος, αρνητική σκέψη: «Θα με κοιτάξει και θα σκεφθεί ότι είμαι ανίκανος και βλάκας»).

Το δεύτερο στάδιο της θεραπείας εστιάζει στην εκπαίδευση του ατόμου στην αναγνώριση των αρνητικών σκέψεων και στην αντιμετώπισή τους με τη βοήθεια λογικών επιχειρημάτων. Η τροποποίηση του αρνητικού τρόπου σκέψης συχνά επιτυγχάνεται με την ενεργητική συλλογή λογικών αποδεικτικών στοιχείων που συνηγορούν υπέρ των αρνητικών σκέψεων ή τις απορρίπτουν. Ο θεραπευόμενος συχνά ενθαρρύνεται να κάνει μια σειρά ερωτήσεων, όπως «Έχω αποδεικτικά στοιχεία για την αρνητική μου σκέψη;» ή «Μήπως βιάζομαι να βγάλω συμπεράσματα;» ή «Μήπως είμαι υπερβολικός;» ή «Μήπως στέκομαι στις αρνητικές και αγνώω τις θετικές πλευρές της κατάστασης;». Κατόπιν καλείται να παρατηρεί τις αρνητικές του σκέψεις στην καθημερινή του ζωή και να καταγράφει στο ημερολόγιο κάθε προσπάθεια αντιμετώπισής τους (π.χ. «Δεν έχω αποδεικτικά στοιχεία ότι ο εργοδότης μου νομίζει ότι είμαι ανίκανος ή βλάκας. Αντίθετα, θυμάμαι που κάποια στιγμή με επαινέσε και μία φορά μου πρότεινε να τον ακολουθήσω σε μια σημαντική συνάντηση εργασίας. Ακόμα και αν παρατηρήσει ότι είμαι λίγο αμήχανος, δεν έχει λόγο να νομίζει ότι είμαι ανίκανος ή βλάκας»).

Ένα σημαντικό κομμάτι της γνωσιακής θεραπείας, τα «πειράματα συμπεριφοράς» (*behavioural experiments*), περιλαμβάνουν αυτοέκθεση. Στα πειράματα συμπεριφοράς τα άτομα ενθαρρύνονται να ελέγξουν την εγκυρότητα των αρνητικών τους σκέψεων και προβλέψεων αντιμετωπίζοντας αγχογόνα ερεθίσματα στην καθημερινή τους ζωή. Για παράδειγμα, ένας φοιτητής

με ΚΦ που πιστεύει ότι οι συμφοιτητές του θα σκηκωθούν να φύγουν από την καντίνα αν καθίσει κι εκείνος στην παρέα τους, μπορεί να ενθαρρυνθεί να ελέγξει την εγκυρότητα αυτής της σκέψης του με το να πάει και να καθίσει μαζί τους μια μέρα.

Συμπεριφοριστική-γνωσιακή θεραπεία σε ομάδες

Η ΣΓΨ για την κοινωνική φοβία συχνά εφαρμόζεται σε πλαίσια ομάδας (Heimberg & Becker, 2002). Σε ιδανικές συνθήκες, η ομάδα δε θα πρέπει να ξεπερνά τα έξι άτομα και τους δύο θεραπευτές. Η θεραπεία στηρίζεται σε τρεις γνωσιακές και συμπεριφοριστικές τεχνικές: (α) την έκθεση στη φαντασία (μέσω παιχνιδιού ρόλων), (β) τη γνωσιακή αναδόμηση, και (γ) την έκθεση στην πραγματικότητα (μέσα από ανάθεση ασκήσεων που το άτομο πρέπει να κάνει μόνο του σε πραγματικές συνθήκες ζωής). Επίσης, αν κριθεί αναγκαίο, μέρος της θεραπείας μπορεί να αποτελέσει και η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.

Προτού αρχίσει η θεραπεία της ομάδας κάθε άτομο συναντιέται με το θεραπευτή του και συντάσσει μια ιεραρχημένη λίστα που περιλαμβάνει τις κοινωνικές καταστάσεις που του προκαλούν φόβο. Κατόπιν η ομάδα κατασκευάζει σενάρια προσομοίωσης ή παιχνίδια ρόλων στα οποία το άτομο καλείται να εκτεθεί στις καταστάσεις της λίστας που του προκαλούν το λιγότερο φόβο, μέχρι να σημειωθεί εξοικείωση ή μείωση του άγχους. Όταν το άτομο αναφέρει πως το άγχος του μειώθηκε, η έκθεση συνεχίζεται επιλέγοντας από την ιεραρχημένη λίστα σταδιακά όλο και πιο δύσκολες καταστάσεις. Αν το άτομο αναφέρει υπερβολική διέγερση ή άγχος κατά τη διάρκεια ενός σεναρίου προσομοίωσης, εκπαιδεύεται στη χρήση διαφόρων τεχνικών χαλάρωσης (όπως βαθιές εισπνοές) για να αντιμετωπιστεί το άγχος. Μέσα από αυτού του είδους την έκθεση σε συνθήκες προσομοίωσης οι θεραπευόμενοι μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν τους φόβους τους και να διαχειρίζονται το άγχος τους σε ένα ελεγχόμενο και ασφαλές περιβάλλον.

Η ομάδα επίσης εκπαιδεύεται στη γνωσιακή αναδόμηση. Κατά τις πρώτες συνεδρίες οι θεραπευόμενοι ενημερώνονται για τη σχέση ανάμεσα σε δυσάρεστα συναισθήματα και αρνητικές σκέψεις και για το πώς να αναγνωρίζουν τις αρνητικές σκέψεις. Στη συνέχεια, μέσα από σενάρια προσομοίωσης, ο κάθε θεραπευόμενος εκπαιδεύεται να αντιμετωπίζει τις αρνητικές ή παράλογες σκέψεις των υπόλοιπων μελών της ομάδας.

Τέλος, αφού το κάθε μέλος της ομάδας έχει μάθει να αντιμετωπίζει φοβογόνες καταστάσεις μέσα στο πλαίσιο της ομάδας, καλείται να εφαρμόσει συστηματικά αυτοέκθεση σε πραγματικές κοινωνικές καταστάσεις που έχουν παρόμοιο σενάριο (π.χ. να μιλήσει μπροστά σε ακροατήριο, να πάει σε ένα πάρτι). Με αυτό τον τρόπο δίνεται στο άτομο η ευκαιρία να εφαρμόσει σε πραγματικές συνθήκες ζωής τις δεξιότητες που ανέπτυξε μέσα στην ομάδα.

Σε σύγκριση με την ατομική θεραπεία, η ΣΓΨ σε ομάδες φαίνεται να έχει ορισμένα πλεονεκτήματα. Καταρχήν, το ίδιο το θεραπευτικό πλαίσιο αποτελεί ένα πραγματικό περιβάλλον έκθεσης, όπου ο καθένας βρίσκεται υπό την παρατήρηση αγνώστων και διατρέχει τον κίνδυνο να κριθεί αρνητικά ή να γελοιοποιηθεί. Από την πρώτη κιόλας μέρα που μπαίνουν σε ένα τέτοιο πλαίσιο έκθεσης πολλά από τα μέλη της ομάδας αρχίζουν να ασκούνται στην έκθεση αντιμετωπίζοντας τους κυριότερους φόβους τους. Δεύτερον, στο πλαίσιο της ομάδας το ένα μέλος μπορεί να μάθει από το άλλο μεθόδους αντιμετώπισης και να νιώσει ότι τα άγχη του δεν είναι τόσο ασυνήθιστα. Τέλος, η ομάδα μπορεί να παρέχει πολύτιμη επανατροφοδότηση στο κάθε μέλος, ώστε να το βοηθήσει να εντοπίσει γρηγορότερα τις αδυναμίες του (π.χ. αρνητικές σκέψεις, έλλειψη συγκεκριμένων δεξιοτήτων) και να αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά το άγχος του.

Ο ρόλος των ψυχοτρόπων φαρμάκων

Ένα μεγάλο μέρος της διεθνούς ψυχιατρικής κοινότητας συμφωνεί ομόφωνα ότι, αν και η ΣΓΨ

είναι η θεραπεία επιλογής για την ΚΦ, σε πολύ σοβαρές μορφές της διαταραχής η καλύτερη επιλογή ενδέχεται να είναι ο συνδυασμός της με φαρμακευτική αγωγή αντικαταθλιπτικών (Ballenger et al., 1998). Η χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων δε θεωρείται ενδεδειγμένη, εκτός κι αν πρόκειται για μικρή δόση και μικρό χρονικό διάστημα, έως ότου το σύμπτωμα υποχωρήσει από την εφαρμογή της ΣΓΨ. Πράγματι, ενώ υπάρχουν αποδείξεις για τη βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των ψυχοτρόπων φαρμάκων στην ΚΦ (Blomhoff et al., 2001. Clark et al., 2003. Heimberg et al., 1998. Gelernter et al., 1991), τα ερευνητικά αποτελέσματα σχετικά με τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος μετά τη διακοπή των φαρμάκων δεν είναι καθόλου ενθαρρυντικά (Bruce & Saeed, 1999). Η χρήση φαρμάκων επιπλέον ενοχοποιείται για μια σειρά από προβλήματα, όπως δευτερεύοντα σεξουαλικά προβλήματα, διατροφικούς περιορισμούς, συναίσθημα εξάρτησης (Bruce & Saeed, 1999).

Η αποτελεσματικότητα της ΣΓΨ στην κοινωνική φοβία

Η απόδειξη για την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε θεραπείας βασίζεται κατά μεγάλο μέρος στα αποτελέσματα από τυχαίοποιημένες κλινικές έρευνες που περιλαμβάνουν ομάδες ελέγχου. Πολλές τέτοιες μελέτες βασισμένες σε ανθρώπους με κοινωνική φοβία (Clark et al., 2003. Stangier et al., 2003. Cottraux et al., 2000. Newman et al., 1994. Turner et al., 1994) έδειξαν ότι η ΣΓΨ μπορεί να επιτύχει στατιστικά και κλινικά σημαντική μείωση των συμπτωμάτων. Μια μετα-αναλυτική μελέτη (Taylor, 1996) η οποία περιλάμβανε 42 κλινικές έρευνες ανέφερε ότι ανάμεσα σε διάφορες θεραπείες για την ΚΦ (π.χ. ψευδοφάρμακα, έκθεση, γνωσιακή αναδόμηση, συνδυασμός γνωσιακής αναδόμησης και έκθεσης, και εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες) ο συνδυασμός έκθεσης και γνωσιακής αναδόμησης ήταν η μόνη θεραπεία που ήταν αποτελεσματικότερη από τα ψευδοφάρμακα. Επίσης, μελέτες που περιλάμβαναν επανεξέταση 1 έως 5

χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας έδειξαν ότι η βελτίωση μετά από την εφαρμογή ΣΓΨ διατηρείται στο πέρασμα του χρόνου (Clark et al., 2003. Haug et al., 2003. Hunt & Andrews, 1998. Scholing & Emmelkamp, 1996. Heimberg et al., 1993b). Τέλος, η βελτίωση που επιτυγχάνεται με τη ΣΓΨ κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αν και σημαντική, τείνει να είναι μικρότερη από τη βελτίωση που σημειώνεται μετά το τέλος της θεραπείας έως και τον επανέλεγχο (follow-up) (Taylor, 1996). Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι μετά τη ΣΓΨ ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος υποτροπής.

Η ΣΓΨ για την κοινωνική φοβία είναι σχετικά βραχεία. Κλινικές μελέτες ανέφεραν ικανοποιητικά αποτελέσματα μετά από μόλις 8 (Gruber et al., 2001), 6 (Wells & Papageorgiou, 2001. Al-Kubaisy et al., 1992) ή 4 συνεδρίες (Wlazlo et al., 1990). Λαμβάνοντας υπόψη δε τα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών (Βαζοğlu et al., 2003a. Βαζοğlu et al., 2003b. Βαζοğlu et al., 2005) που έδειξαν ότι 1 ή 2 συνεδρίες θεραπείας συμπεριφοράς (χωρίς συστηματική γνωσιακή αναδόμηση) είναι αρκετές για να βελτιώσουν τη διαταραχή μετατραυματικού άγχους, είναι πιθανόν η ΣΓΨ για την κοινωνική φοβία να μπορεί να γίνει εξίσου βραχεία. Χρειάζεται, λοιπόν, η διεξαγωγή ελεγχόμενων ερευνών στο μέλλον να εξετάσουν το θέμα αυτό.

Τα αποτελέσματα των ερευνών που εξέτασαν ξεχωριστά την ιδιαίτερη συμβολή της έκθεσης και της γνωσιακής αναδόμησης στη θεραπεία ποικίλλουν. Σε μια μετα-αναλυτική μελέτη (Taylor, 1996) αναφέρεται ότι και οι δύο τεχνικές είναι ανώτερες από τη μη θεραπεία (waitlist control), αλλά μόνο ο συνδυασμός τους είναι ανώτερος από τη βελτίωση στην οποία οδηγούν τα ψευδοφάρμακα. Μια άλλη μετα-ανάλυση, βασισμένη σε 21 έρευνες (Feske & Chambless, 1995), έδειξε ότι η έκθεση είναι το ίδιο αποτελεσματική είτε εφαρμόζεται μόνη της είτε σε συνδυασμό με γνωσιακή αναδόμηση. Για κάποιους (Feske & Chambless, 1995. Stravynski et al., 1982) το εύρημα αυτό θέτει υπό αμφισβήτηση την αξία της γνωσιακής αναδόμησης στην αντιμετώπιση της ΚΦ.

Αν και η γνωσιακή θεραπεία είναι αποδεδειγ-

μένα αποτελεσματική σε ποικίλες διαταραχές άγχους (Clark et al., 1999. Clark et al., 1998. Clark et al., 1994), δεν ήταν ξεκάθαρο μέχρι πρόσφατα αν η επιτυχία της οφειλόταν στην αυτοέκθεση που εμπεριέχει. Μερικές από τις πρώτες μελέτες (Emmelkamp et al., 1985. Mattick et al., 1989. Mersch et al., 1989) που προσπάθησαν να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής αναδόμησης στην ΚΦ, σταθμίζοντας παράλληλα τη θεραπευτική δράση της έκθεσης, παρουσίασαν σοβαρές μεθοδολογικές αδυναμίες, οι οποίες εμπόδισαν την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων. Πιο πρόσφατες κλινικές μελέτες βασισμένες σε ανθρώπους με διαταραχή μετατραυματικού άγχους χρησιμοποίησαν καλύτερη μεθοδολογία (Tarrrier et al., 1999. Marks et al., 1998) και σύγκριναν την αμιγώς γνωσιακή αναδόμηση (χωρίς στοιχεία συστηματικής έκθεσης) με την αμιγή έκθεση (χωρίς στοιχεία συστηματικής γνωσιακής αναδόμησης) και έδειξαν ότι οι δύο τεχνικές είναι εξίσου αποτελεσματικές.

Ένας τελευταίος προβληματισμός αφορά το μηχανισμό μέσα από τον οποίο κάθε αποτελεσματική θεραπεία οδηγεί στη βελτίωση. Η θεραπεία έκθεσης ερμηνεύει τη βελτίωση των συμπτωμάτων ως αποτέλεσμα της εξοικείωσης (*habituation*), που έχει αποδειχθεί από πλήθος εργαστηριακών πειραμάτων (Marks, 1987). Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο, η βελτίωση είναι αποτέλεσμα της αλλαγής γνωσιών που επηρεάζουν αρνητικά την προσαρμογή (Beck & Emery, 1985)· και πράγματι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα ορισμένων ερευνών, η βελτίωση των συμπτωμάτων συσχετίζεται με τη μείωση αρνητικών γνωσιών (Λιβανού et al., 2002. Scholing & Emmelkamp, 1999. Taylor et al., 1997). Παρ' όλα αυτά, και τα δύο μοντέλα παρουσιάζουν αδυναμίες. Η εργαστηριακή απόδειξη του γνωσιακού μοντέλου είναι ακόμα σε πολύ αρχικό στάδιο και αποτελέσματα ερευνών που έδειξαν ότι η αλλαγή των γνωσιών έπεται της εξοικείωσης (Λιβανού, 1998. Ito et al., 1995) θέτουν την αξιοπιστία του σε αμφισβήτηση. Παράλληλα, το μοντέλο της έκθεσης δεν μπορεί να ερμηνεύσει τα αποτελέσματα ερευνών που έδειξαν ότι βελτίωση ή εξοί-

κείωση μπορεί να σημειωθεί και χωρίς συστηματική έκθεση (Livanou, 1998. Marks et al., 1998. De Silva & Rachman, 1984). Σύμφωνα με σύγχρονες επιστημονικές υποθέσεις (Βαζοğlu et al., 2003a. Βαζοğlu et al., 2003b. Livanou, 1998), η γνωσιακή αναδόμηση και η έκθεση ενδέχεται να οδηγούν στη βελτίωση μέσα από τον ίδιο μηχανισμό. Και οι δύο θεραπείες βοηθούν το άτομο να αποκτήσει τον έλεγχο αγχογόνων καταστάσεων. Είναι γνωστό ότι –ανεξαρτήτως θεραπευτικής αγωγής– η αυξημένη αίσθηση ελέγχου είναι η σημαντικότερη συνιστώσα στο να διατηρηθούν τα θεραπευτικά οφέλη (Βαζοğlu et al., 1994. Livanou et al., 2002). Μελλοντικές έρευνες, ωστόσο, χρειάζεται να εξετάσουν αν η αύξηση στην αίσθηση ελέγχου προηγείται της εξοικείωσης και της γνωσιακής αλλαγής.

Συζήτηση

Η ΚΦ είναι μια κοινή διαταραχή, που πλήττει πολύ περισσότερους ανθρώπους από όσους πλήττει η σχιζοφρένεια (Kessler et al., 1994). Στην Ελλάδα, ενώ έχουν γίνει ερευνητικές προσπάθειες (Mellon et al., 2004) για τη μελέτη γενικά των φόβων (συμπεριλαμβανομένων και των κοινωνικών φόβων), η επιστημονική έρευνα χρειάζεται να στρέψει την προσοχή της στη στάθμιση (ή τη δημιουργία) έγκυρων, αξιόπιστων και πολιτισμικά ευαίσθητων διαγνωστικών ψυχομετρικών εργαλείων για τον εντοπισμό της ΚΦ. Χωρίς τέτοια ψυχομετρικά μέσα είναι αδύνατη η διεξαγωγή μεθοδολογικά έγκυρων επιδημιολογικών μελετών, που είναι αναγκαίες στη διαμόρφωση του κρατικού σχεδιασμού για την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Εκτός από τη σοβαρή έκπτωση στη γενική προσαρμογή που μπορεί να επιφέρει, η ΚΦ οδηγεί σε πλήθος άλλων προβλημάτων (όπως, π.χ., χαμηλές εκπαιδευτικές και επαγγελματικές επιδόσεις, απώλεια ωρών εργασίας, κατανάλωση ψυχοφαρμάκων, κατάχρηση ουσιών), που τελικά μεταφράζονται σε σοβαρή οικονομική επιβάρυνση για το κράτος. Η ΣΓΨ είναι αποτελεσματική

στην κοινωνική φοβία, ενώ παράλληλα περιλαμβάνει μικρό αριθμό συνεδριών, και κατά συνέπεια είναι χαμηλό το κόστος των θεραπευτικών ωρών. Αντίθετα δε με τα ψυχοφάρμακα, οδηγεί σε μακρά διατήρηση της βελτίωσης, και έτσι δεν επιβαρύνεται κράτος με το επιπρόσθετο κόστος της αντιμετώπισης των υποτροπών. Επιπλέον, πέρα από την απλή εξάλειψη των συμπτωμάτων, είναι αποδεδειγμένο ότι η ΣΓΨ βελτιώνει την προσαρμογή του ατόμου σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο (Marks et al., 1993. Marks et al., 1998. Βαζοğlu et al., 2003a. Βαζοğlu et al., 2005), συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην αύξηση της παραγωγικότητας. Έτσι, λοιπόν, η συστηματική της εφαρμογή από δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας οδηγεί σε βελτίωση του λόγου κόστους/ωφέλειας (*cost-effectiveness*) για τις υπηρεσίες παροχής υγείας (Marks, 1995).

Η εμπειρική κατοχύρωση των ψυχοθεραπειών που βασίζονται στην έκθεση (με ή χωρίς επιπρόσθετη γνωσιακή αναδόμηση) υποδεικνύει ότι οι ψυχοθεραπείες αυτές θα έπρεπε να αποτελούν την πρώτη θεραπευτική επιλογή στην ΚΦ. Παρ' όλα αυτά, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συχνά επιλέγουν θεραπευτικές αγωγές σύμφωνα με τις προσωπικές τους προτιμήσεις ή ανάλογα με την κλινική ειδικευση που έτυχε να λάβουν. Ενδείκνυται, λοιπόν, οι θεραπευτές που δεν έχουν εκπαιδευτεί στην κλινική εφαρμογή της ΣΓΨ να παραπέμπουν τα περιστατικά με ΚΦ σε συναδέλφους τους που είναι εκπαιδευμένοι στη ΣΓΨ ή, εναλλακτικά, να λάβουν εκπαίδευση πριν προσφέρουν τη βοήθειά τους.

Η ΣΓΨ στην αντιμετώπιση της ΚΦ έχει το πλεονέκτημα να είναι μια σχετικά σύντομη θεραπεία. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών που έδειξαν ότι μία ή δύο συνεδρίες έκθεσης αρκούν για τη βελτίωση της διαταραχής μετατραυματικού άγχους (Βαζοğlu et al., 2005. Βαζοğlu et al., 2003a. Βαζοğlu et al., 2003b), μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να εξετάσουν ποιος είναι ο ελάχιστος αριθμός συνεδριών που απαιτείται για να σημειωθεί σημαντική βελτίωση στην ΚΦ.

χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας έδειξαν ότι η βελτίωση μετά από την εφαρμογή ΣΓΨ διατηρείται στο πέρασμα του χρόνου (Clark et al., 2003. Haug et al., 2003. Hunt & Andrews, 1998. Scholing & Emmelkamp, 1996. Heimberg et al., 1993b). Τέλος, η βελτίωση που επιτυγχάνεται με τη ΣΓΨ κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αν και σημαντική, τείνει να είναι μικρότερη από τη βελτίωση που σημειώνεται μετά το τέλος της θεραπείας έως και τον επανέλεγχο (follow-up) (Taylor, 1996). Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι μετά τη ΣΓΨ ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος υποτροπής.

Η ΣΓΨ για την κοινωνική φοβία είναι σχετικά βραχεία. Κλινικές μελέτες ανέφεραν ικανοποιητικά αποτελέσματα μετά από μόλις 8 (Gruber et al., 2001), 6 (Wells & Papageorgiou, 2001. Al-Kubaisy et al., 1992) ή 4 συνεδρίες (Wlazlo et al., 1990). Λαμβάνοντας υπόψη δε τα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών (Βαζογλιού et al., 2003a. Βαζογλιού et al., 2003b. Βαζογλιού et al., 2005) που έδειξαν ότι 1 ή 2 συνεδρίες θεραπείας συμπεριφοράς (χωρίς συστηματική γνωσιακή αναδόμηση) είναι αρκετές για να βελτιώσουν τη διαταραχή μετατραυματικού άγχους, είναι πιθανόν η ΣΓΨ για την κοινωνική φοβία να μπορεί να γίνει εξίσου βραχεία. Χρειάζεται, λοιπόν, η διεξαγωγή ελεγχόμενων ερευνών στο μέλλον να εξετάσουν το θέμα αυτό.

Τα αποτελέσματα των ερευνών που εξέτασαν ξεχωριστά την ιδιαίτερη συμβολή της έκθεσης και της γνωσιακής αναδόμησης στη θεραπεία ποικίλλουν. Σε μια μετα-αναλυτική μελέτη (Taylor, 1996) αναφέρεται ότι και οι δύο τεχνικές είναι ανώτερες από τη μη θεραπεία (waitlist control), αλλά μόνο ο συνδυασμός τους είναι ανώτερος από τη βελτίωση στην οποία οδηγούν τα ψευδοφάρμακα. Μια άλλη μετα-ανάλυση, βασισμένη σε 21 έρευνες (Feske & Chambless, 1995), έδειξε ότι η έκθεση είναι το ίδιο αποτελεσματική είτε εφαρμόζεται μόνη της είτε σε συνδυασμό με γνωσιακή αναδόμηση. Για κάποιους (Feske & Chambless, 1995. Stravynski et al., 1982) το εύρημα αυτό θέτει υπό αμφισβήτηση την αξία της γνωσιακής αναδόμησης στην αντιμετώπιση της ΚΦ.

Αν και η γνωσιακή θεραπεία είναι αποδεδειγ-

μένα αποτελεσματική σε ποικίλες διαταραχές άγχους (Clark et al., 1999. Clark et al., 1998. Clark et al., 1994), δεν ήταν ξεκάθαρο μέχρι πρόσφατα αν η επιτυχία της οφειλόταν στην αυτοέκθεση που εμπεριέχει. Μερικές από τις πρώτες μελέτες (Emmelkamp et al., 1985. Mattick et al., 1989. Mersch et al., 1989) που προσπάθησαν να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής αναδόμησης στην ΚΦ, σταθμίζοντας παράλληλα τη θεραπευτική δράση της έκθεσης, παρουσίασαν σοβαρές μεθοδολογικές αδυναμίες, οι οποίες εμπόδισαν την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων. Πιο πρόσφατες κλινικές μελέτες βασισμένες σε ανθρώπους με διαταραχή μετατραυματικού άγχους χρησιμοποίησαν καλύτερη μεθοδολογία (Tarrier et al., 1999. Marks et al., 1998) και σύγκριναν την αμιγώς γνωσιακή αναδόμηση (χωρίς στοιχεία συστηματικής έκθεσης) με την αμιγή έκθεση (χωρίς στοιχεία συστηματικής γνωσιακής αναδόμησης) και έδειξαν ότι οι δύο τεχνικές είναι εξίσου αποτελεσματικές.

Ένας τελευταίος προβληματισμός αφορά το μηχανισμό μέσα από τον οποίο κάθε αποτελεσματική θεραπεία οδηγεί στη βελτίωση. Η θεραπεία έκθεσης ερμηνεύει τη βελτίωση των συμπτωμάτων ως αποτέλεσμα της εξοικείωσης (*habituation*), που έχει αποδειχθεί από πλήθος εργαστηριακών πειραμάτων (Marks, 1987). Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο, η βελτίωση είναι αποτέλεσμα της αλλαγής γνωσιών που επηρεάζουν αρνητικά την προσαρμογή (Beck & Emery, 1985)· και πράγματι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα ορισμένων ερευνών, η βελτίωση των συμπτωμάτων συσχετίζεται με τη μείωση αρνητικών γνωσιών (Livanou et al., 2002. Scholing & Emmelkamp, 1999. Taylor et al., 1997). Παρ' όλα αυτά, και τα δύο μοντέλα παρουσιάζουν αδυναμίες. Η εργαστηριακή απόδειξη του γνωσιακού μοντέλου είναι ακόμα σε πολύ αρχικό στάδιο και αποτελέσματα ερευνών που έδειξαν ότι η αλλαγή των γνωσιών έπεται της εξοικείωσης (Livanou, 1998. Ito et al., 1995) θέτουν την αξιοπιστία του σε αμφισβήτηση. Παράλληλα, το μοντέλο της έκθεσης δεν μπορεί να ερμηνεύσει τα αποτελέσματα ερευνών που έδειξαν ότι βελτίωση ή εξοί-

κείωση μπορεί να σημειωθεί και χωρίς συστηματική έκθεση (Livanou, 1998. Marks et al., 1998. De Silva & Rachman, 1984). Σύμφωνα με σύγχρονες επιστημονικές υποθέσεις (Βαζοğlu et al., 2003a. Βαζοğlu et al., 2003b. Livanou, 1998), η γνωσιακή αναδόμηση και η έκθεση ενδέχεται να οδηγούν στη βελτίωση μέσα από τον ίδιο μηχανισμό. Και οι δύο θεραπείες βοηθούν το άτομο να αποκτήσει τον έλεγχο αγχογόνων καταστάσεων. Είναι γνωστό ότι –ανεξαρτήτως θεραπευτικής αγωγής– η αυξημένη αίσθηση ελέγχου είναι η σημαντικότερη συνιστώσα στο να διατηρηθούν τα θεραπευτικά οφέλη (Βαζοğlu et al., 1994. Livanou et al., 2002). Μελλοντικές έρευνες, ωστόσο, χρειάζεται να εξετάσουν αν η αύξηση στην αίσθηση ελέγχου προηγείται της εξοικείωσης και της γνωσιακής αλλαγής.

Συζήτηση

Η ΚΦ είναι μια κοινή διαταραχή, που πλήττει πολύ περισσότερους ανθρώπους από όσους πλήττει η σχιζοφρένεια (Kessler et al., 1994). Στην Ελλάδα, ενώ έχουν γίνει ερευνητικές προσπάθειες (Mellon et al., 2004) για τη μελέτη γενικά των φόβων (συμπεριλαμβανομένων και των κοινωνικών φόβων), η επιστημονική έρευνα χρειάζεται να στρέψει την προσοχή της στη στάθμιση (ή τη δημιουργία) έγκυρων, αξιόπιστων και πολιτισμικά ευαίσθητων διαγνωστικών ψυχομετρικών εργαλείων για τον εντοπισμό της ΚΦ. Χωρίς τέτοια ψυχομετρικά μέσα είναι αδύνατη η διεξαγωγή μεθοδολογικά έγκυρων επιδημιολογικών μελετών, που είναι αναγκαίες στη διαμόρφωση του κρατικού σχεδιασμού για την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Εκτός από τη σοβαρή έκπτωση στη γενική προσαρμογή που μπορεί να επιφέρει, η ΚΦ οδηγεί σε πλήθος άλλων προβλημάτων (όπως, π.χ., χαμηλές εκπαιδευτικές και επαγγελματικές επιδόσεις, απώλεια ωρών εργασίας, κατανάλωση ψυχοφαρμάκων, κατάχρηση ουσιών), που τελικά μεταφράζονται σε σοβαρή οικονομική επιβάρυνση για το κράτος. Η ΣΓΨ είναι αποτελεσματική

στην κοινωνική φοβία, ενώ παράλληλα περιλαμβάνει μικρό αριθμό συνεδριών, και κατά συνέπεια είναι χαμηλό το κόστος των θεραπευτικών ωρών. Αντίθετα δε με τα ψυχοφάρμακα, οδηγεί σε μακρά διατήρηση της βελτίωσης, και έτσι δεν επιβαρύνεται κράτος με το επιπρόσθετο κόστος της αντιμετώπισης των υποτροπών. Επιπλέον, πέρα από την απλή εξάλειψη των συμπτωμάτων, είναι αποδεδειγμένο ότι η ΣΓΨ βελτιώνει την προσαρμογή του ατόμου σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο (Marks et al., 1993. Marks et al., 1998. Βαζοğlu et al., 2003a. Βαζοğlu et al., 2005), συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην αύξηση της παραγωγικότητας. Έτσι, λοιπόν, η συστηματική της εφαρμογή από δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας οδηγεί σε βελτίωση του λόγου κόστους/ωφέλειας (*cost-effectiveness*) για τις υπηρεσίες παροχής υγείας (Marks, 1995).

Η εμπειρική κατοχύρωση των ψυχοθεραπειών που βασίζονται στην έκθεση (με ή χωρίς επιπρόσθετη γνωσιακή αναδόμηση) υποδεικνύει ότι οι ψυχοθεραπείες αυτές θα έπρεπε να αποτελούν την πρώτη θεραπευτική επιλογή στην ΚΦ. Παρ' όλα αυτά, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συχνά επιλέγουν θεραπευτικές αγωγές σύμφωνα με τις προσωπικές τους προτιμήσεις ή ανάλογα με την κλινική ειδίκευση που έτυχε να λάβουν. Ενδείκνυται, λοιπόν, οι θεραπευτές που δεν έχουν εκπαιδευτεί στην κλινική εφαρμογή της ΣΓΨ να παραπέμπουν τα περιστατικά με ΚΦ σε συναδέλφους τους που είναι εκπαιδευμένοι στη ΣΓΨ ή, εναλλακτικά, να λάβουν εκπαίδευση πριν προσφέρουν τη βοήθειά τους.

Η ΣΓΨ στην αντιμετώπιση της ΚΦ έχει το πλεονέκτημα να είναι μια σχετικά σύντομη θεραπεία. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών που έδειξαν ότι μία ή δύο συνεδρίες έκθεσης αρκούν για τη βελτίωση της διαταραχής μετατραυματικού άγχους (Βαζοğlu et al., 2005. Βαζοğlu et al., 2003a. Βαζοğlu et al., 2003b), μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να εξετάσουν ποιος είναι ο ελάχιστος αριθμός συνεδριών που απαιτείται για να σημειωθεί σημαντική βελτίωση στην ΚΦ.

Στη ΣΓΨ το άτομο με ΚΦ καλείται να συμμετέχει δυναμικά, έχοντας πλήρη επίγνωση του θεραπευτικού προγράμματος που πρόκειται να ακολουθήσει. Συχνά απαιτούνται λεπτομερής ενημέρωση, απενοχοποίηση και απομυθοποίηση της διαταραχής. Πληροφορείται δε για την πιθανή έκβαση της θεραπείας του και ενημερώνεται για θέματα πρόληψης τυχόν μελλοντικής υποτροπής.

Αν μια θεραπεία που βασίζεται στην έκθεση δεν οδηγήσει σε βελτίωση μέσα σε 6-10 συνεδρίες, είναι χρήσιμο να γίνονται προσεκτική εξέταση και προσδιορισμός των παραγόντων που ενδεχομένως εμποδίζουν τη θετική έκβαση. Στην περίπτωση που για οποιονδήποτε λόγο ο θεραπευόμενος δεν ασκείται στην έκθεση συστηματικά, προτείνονται λύσεις, και αν κριθεί απαραίτητο, το άτομο συνοδεύεται τουλάχιστον στις πρώτες του προσπάθειες. Στην περίπτωση δε που κάποιος εφαρμόζει τις θεραπευτικές οδηγίες σωστά και, παρ' όλα αυτά, τα συμπτώματα δε μειώνονται, ενδείκνυται η επιλογή άλλης θεραπευτικής μεθόδου.

Σε έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Manreas et al., 1995) υπολογίστηκε ότι το 22% αυτών που βρέθηκε ότι πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή είχε επισκεφθεί το γιατρό παραπονούμενο για σωματικά προβλήματα (π.χ. πόνους). Στη συνέχεια βρέθηκε ότι οι γιατροί μπόρεσαν να αναγνωρίσουν μόνο το 17% από τις περιπτώσεις που έπασχαν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Αυτό το ποσοστό είναι κατά πολύ χαμηλότερο από τα αντίστοιχα ποσοστά σε άλλες περιοχές του κόσμου (π.χ. Σαντιάγκο Χιλής, Ρίο, Παρίσι). Ακόμη, οι Έλληνες γιατροί έκριναν λανθασμένα το 59% των ανθρώπων που είχαν μια σαφή διαταραχή. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά υψηλότερο από τα αντίστοιχα στις άλλες πόλεις του κόσμου. Σε μια άλλη έρευνα (Boardman et al., 1992) βρέθηκε ότι μόνο το 12% των πιθανών ψυχιατρικών περιπτώσεων αναγνωρίστηκε από τους Έλληνες γιατρούς, ποσοστό κατά 1/3 μικρότερο από το χειρότερο ποσοστό που σημειώθηκε από γιατρούς στην Αγγλία σε αντίστοιχη έρευνα (Boardman, 1987). Αυτό υπο-

δηλώνει ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς που προσέρχονται σε γιατρούς για σωματικά προβλήματα έχουν πολλές πιθανότητες να φύγουν χωρίς να έχει αναγνωριστεί η πάθησή τους (Bridges & Goldberg, 1985). Λαμβάνοντας όλα τα παραπάνω υπόψη, θα ήταν χρήσιμο να οργανωθούν στην Ελλάδα εκστρατείες ευαισθητοποίησης απευθυνόμενες τόσο σε γιατρούς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και στο ευρύτερο κοινό. Τέτοιου είδους εκστρατείες ενημέρωσης για τη φύση της ΚΦ, τον περιορισμό που θέτει στη γενική προσαρμογή του ατόμου και τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικής θεραπείας θα συνέβαλαν καθοριστικά στη μείωση του υπέρογκου κόστους με το οποίο η ΚΦ επιφορτίζει τις κρατικές υπηρεσίες υγείας (Katzelnick et al., 2001) και στην αναβάθμιση της κακής ποιότητας ζωής των ατόμων με ΚΦ (Mendlowicz & Stein, 2000).

Τέλος, εφόσον οι περισσότεροι άνθρωποι που αποφασίζουν να αναζητήσουν ψυχοθεραπεία επιλέγουν να τη λάβουν εκτός ωρών γραφείου (Osgood-Hynes et al., 1998. Greist et al., 2002), οι δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα αντιμετώπιζαν πιο αποτελεσματικά τις ανάγκες των πολιτών που έχουν ΚΦ αν αναπροσάρμοζαν ανάλογα το ωράριο λειτουργίας τους. Επιπλέον, η θεραπεία θα μπορούσε να χορηγείται ευκολότερα σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων αν η παροχή της γινόταν μέσω εναλλακτικών τρόπων (π.χ. μέσω εγχειριδίων, τηλεφώνου ή ηλεκτρονικών υπολογιστών). Πράγματι, τα τελευταία χρόνια οι εναλλακτικοί αυτοί τρόποι παροχής της ΣΓΨ έχουν δοκιμαστεί και έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί (Μέλλον, 2005. Marks et al., 2004. Greist et al., 2002. Emmelkamp et al., 2002. Osgood-Hynes et al., 1998).

Βιβλιογραφία

- Al-Kubaisy, T., Marks, I. M., Logsdail, S., Marks, M. P., et al. (1992). Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. *Behavior Therapy*, 23(4), 599-621.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnos-*

- tic and statistical manual of mental disorders* (4rd ed.). Washington, DC: APA.
- Amies, P. L., Gelder, M. G., & Shaw, P. M. (1983). Social phobia: a comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, *142*, 174-179.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Bobes, J., Beidel, D. C., et al. (1998). Consensus statement on social anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(suppl. 17), 54-60.
- Barlow, D. H., DiNardo, P. A., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J., & Blanchard, E. B. (1986). Comorbidity and depression among the anxiety disorders: Issues in diagnosis and classification. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*, 63-72.
- Barlow, D. J., & Lehman, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders. Implications for national health care. *Archives of General Psychiatry*, *53*(8), 727-735.
- Başoğlu, M., Livanou, M., Şalcıoğlu, E., & Kalender, D. (2003a). A brief behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder in earthquake survivors: Results from an open clinical trial. *Psychological Medicine*, *33*, 647-654.
- Başoğlu, M., Livanou, M., & Şalcıoğlu, E. (2003b). A single session with an earthquake simulator for traumatic stress in earthquake survivors. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 788-790.
- Başoğlu, M., Marks, I. M., Kılıç, C., Brewin, C. R., & Swinson, R. P. (1994). Alprazolam and exposure for panic disorder with agoraphobia: Attribution of improvement to medication predicts subsequent relapse. *British Journal of Psychiatry*, *164*, 652-659.
- Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E., Livanou, M., Kalender, D., & Acar, G. (2005). A single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder: A randomised wait-list controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, 1-11.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Blomhoff, S., Haug, T. T., Hellstrom, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P., & Wold, J. E. (2001). Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 23-30.
- Boardman, A. P. (1987). The General Health Questionnaire and the detection of emotional disorder by general practitioners. *British Journal of Psychiatry*, *151*, 373-381.
- Boardman, A. P., Bilanakis, N., Zoyini, M., & Bouras, N. (1992). The detection of psychiatric cases by Greek physicians: report on a study carried out in a Greek primary care setting. *International Journal of Social Psychiatry*, *38*, 235-241.
- Brewerton, T. D., Lydiard, R. B., Ballenger, J. C., & Herzog, D. B. (1993). Eating disorders and social phobia. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 70-79.
- Bridges, K. W., & Goldberg, D. P. (1985). Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, *29*, 563-570.
- Bruce, T. J., & Saeed, S. A. (1999). Social anxiety disorder: A common, underrecognised anxiety disorder. *American Family Physician*, *60*, 2311-2322.
- Butler, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *5*, 51-62.
- Chambless, D. L., Cherney, J., Caputo, G. C., & Rheinstein, B. J. G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders*, *1*, 9-40.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *71*(6), 1058-1067.

- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., et al. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164(6), 759-769.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate, J., Ahmad, S., Richards, H. C., & Gelder, M. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 173, 218-225.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67(4), 583-589.
- Cottraux, J., Note, I., Albuissou, E., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Jalenques, I., Guerin, J., & Coudert, A. J. (2000). Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 69(3), 137-146.
- De Silva, P., & Rachman, S. (1984). Does escape behaviour strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research & Therapy*, 22, 87-91.
- Emmelkamp, P. M. G., Krijn, M., Hulsbosch, L., De Vries, S., Schuemie, M. J., & Van der Mast, C. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.
- Emmelkamp, P. M. G., Mersch, P. P. A., Vissia, E., & Van der Helm, M. (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 365-369.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 195, 84-93.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimboric, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48(10), 938-945.
- Greist, J. H. (1995). The diagnosis of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(suppl. 5), 5-12.
- Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Kobak, K. A., Wenzel, K. W., Hirsch, M. J., Mantle, J. M., & Clary, C. M. (2002). Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(2), 138-145.
- Gruber, K., Moran, P. J., Roth, W. T., & Taylor, C. B. (2001). Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 32(1), 155-165.
- Haug, T. T., Blomhoff, S., Hellstrom, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P., & Wold, J. E. (2003). Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 182(4), 312-318.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. R. (1993a). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B., & Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1133-1141.
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell, K. A. (1993b). Cognitive-behavioral

- group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy & Research*, 17(4), 325-339.
- Hildago, R. B., Barnett, S. D., & Davidson, J. R. T. (2001). Social anxiety disorder in review: Two decades of progress. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 4(3), 279-298.
- Hunt, C., & Andrews, G. (1998). Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(4), 395-406.
- Judd, L. L. (1994). Social phobia: A clinical overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(suppl. 6), 5-9.
- Ito, L. M., Marks, I. M., De Araujo, L. A., & Hemsley, D. (1995). Does imagined exposure to the consequences of not ritualising enhance live exposure for OCD? A controlled study. II. Effect on behavioural v. subjective concordance of improvement. *British Journal of Psychiatry*, 167(1), 71-75.
- Kasvikis, Y. (2004). *Evaluation of the treatment services provided by the Behavioural Unit of Athens over the last 15 years*. Annual conference of the Greek Psychiatric Association, Kos (May, 2004).
- Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R. T., Schneier, F. R., Stein, M. B., & Helstad, C. P. (2001). Impact of generalized anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1999-2007.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M., & Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US. *Psychological Medicine*, 29(3), 555-567.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.
- Lépine, J. P., & Lellouch, J. (1995). Classification and epidemiology of social phobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244, 290-296.
- Livanou, M. (1998). *Beliefs about self, others and the world and treatment outcome in post-traumatic stress disorder*. Doctoral Dissertation (University of London).
- Livanou, M., Başoğlu, M., Marks, I. M., De Silva, P., Noshirvani, H., Lovell, K., & Thrasher, S. (2002). Beliefs, sense of control and treatment outcome in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 32, 157-165.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. Oxford University Press.
- Marks, I. M. (1995). Advances in behavioral-cognitive therapy of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(Suppl. 5), 25-31.
- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., & Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34(1), 9-17.
- Marks, I. M., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Marks, I. M., Swinson, R. P., Basoglu, M., Kuch, K., et al. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 776-787.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- Mavreas, V. G., Kontea, M., Dikeos, D., Neroutsos, E., Sfikaki, M., Aritzi, S., & Stefanis, C. (1995). World Health Organization Study of Psychological Problems in General Health Care Settings. Centre Report: Athens. In T. B.

- Ustun et al., *Mental illness in General Health Care: An International Study*. Chichester, England: Wiley Press.
- McAllister, W. R., & McAllister, D. E. (1995). Two-factor theory: Implications for understanding anxiety-based clinical phenomena. In W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Μέλλον, Π. (2005). *Η ανάλυση της συμπεριφοράς - Τόμος Α: Θεμελιώδης συμπεριφορισμός, μέθοδοι έρευνας και βασικές αρχές καθορισμού αντιδράσεων και δράσεων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Mellon, R., Koliadis, E. A., & Paraskevoopoulos, T. D. (2004). Normative development of fears in Greece: Self-reports on the Hellenic Fear Survey Schedule for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 233-254.
- Mendlowicz, M., & Stein, M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.
- Merikangas, K. R., & Angst, J. (1995). Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244, 97-303.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H., & Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich Cohort Study of young adults. *Biological Psychiatry*, 51(1), 81-91.
- Mersch, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G., Bögels, S. M., & Van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 421-434.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of conditioning and problem solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Newman, M. G., Hofmann, S. G., Trabert, W., Roth, W. T., et al. (1994). Does behavioural treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behaviour Therapy*, 25, 503-517.
- Osgood-Hynes, D. J., Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Heneman, S. W., Wenzel, K. W., Manzo, P. A., Parkin, J. R., Spierings, C. J., Dottl, S. L., & Vitse, H. M. (1998). Self-administered psychotherapy for depression using a telephone-accessed computer system plus booklets: an open U.S.-U.K. study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(7), 358-65.
- Rapaport, M. H., Paniccia, G., & Judd, L. L. (1995). A review of social phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 125-129.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. (1996). Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling: Results at long-term follow-up. *Behavior Modification*, 20(3), 338-356.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. (1999). Prediction of treatment outcome in social phobia: A cross-validation. *Behaviour Research & Therapy*, 37(7), 659-670.
- Schwalberg, M. D., Barlow, D. H., Alger, S. A., & Howard, L. J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 675-681.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research & Therapy*, 41(9), 991-1007.
- Stravynski, A., & Greenberg, D. (1998). The treatment of social phobia: A critical assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 171-181.
- Stravynski, A., Marks, I. M., & Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher,

- B., Reynolds, M., Graham, E., & Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 13-18.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 27*, 1-9.
- Taylor, S., Woody, S., Koch, W. J., McLean, P., Paterson, R. J., & Anderson, K. W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia. *Behavior Modification, 21*(4), 487-511.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Jacob, R. G. (1994). Social phobia: A comparison of behaviour therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 350-358.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research & Therapy, 39*(6), 713-720.
- Wlazolek, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G., et al. (1990). Exposure in vivo vs social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research & Therapy, 28*(3), 181-193.

Social phobia: Clinical features and effective treatments

MARIA LIVANOU^a, YIANNIS KASVIKIS^b & FROSSO BOUTOU^c

ABSTRACT

Social phobia is one of the most prevalent psychiatric disorders. It is associated with severe subjective distress and significant social, educational, and professional impairment. The present overview: (a) summarises issues of diagnosis, epidemiology, and phenomenology of social phobia, (b) provides a detailed description of cognitive-behavioural interventions for social phobia, and (c) reviews the empirical evidence for the effectiveness of these interventions. It is concluded that social phobia incurs a significant socio-economic cost that may be reduced by raising awareness about the disorder and the available effective treatments for it. Recommendations for future research in Greece concern the development of valid, reliable and culturally-sensitive diagnostic instruments for the detection of social phobia. In addition, more cost-effective ways of delivering cognitive-behavioural treatments (e.g. via computers, manuals, etc) need to be explored.

Key words: Social phobia, Fear, Avoidance, Cognitive-behavior therapy, Exposure, Effective psychoherapy.

Address: Yiannis Kasvikis, Behaviour Therapy Unit, Centre of Mental Health, Vas. Herakliou 8, Athens, Greece.

^a Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College London, United Kingdom

^b Behaviour Therapy Unit, Centre of Mental Health, Athens, Greece

^c University Research Institute for Mental Health, Athens, Greece