

DIAGNOZA FOBII SPOŁECZNEJ U OSÓB DOROSŁYCH. RZETELNE METODY OCENY KLINICZNEJ ORAZ NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE

DIAGNOSIS OF SOCIAL PHOBIA IN ADULTS. RELIABLE METHODS OF CLINICAL EVALUATION AND DIAGNOSTIC TOOLS

Małgorzata Reiter^{1(E-G)}

¹Institute of Psychology Polska Akademia Nauk, Polska
¹Institute of Psychology Polish Academy of Sciences, Poland

Reiter, M. (2021). Diagnoza fobii społecznej u osób dorosłych. Rzetelne metody oceny klinicznej oraz narzędzia diagnostyczne / Diagnosis of social phobia in adults. Reliable methods of clinical evaluation and diagnostic tools, *Rozprawy Społeczne / Social Dissertations*, 15(4), 110-124. <https://doi.org/10.29316/rs/141886>

- Wkład autorów/
Authors' contribution:
- A. Zaplanowanie badań/
Study design
 - B. Zebranie danych/
Data collection
 - C. Dane – analiza i
statystyki/
Data analysis
 - D. Interpretacja danych/
Data interpretation
 - E. Przygotowanie artykułu/
Preparation of manuscript
 - F. Wyszukiwanie i analiza
literatury/
Literature analysis
 - G. Zebranie funduszy/
Funds collection

Tabele / Tables: 3

Ryciny / Figures: 0

Literatura / References: 36

Otrzymano / Submitted:
07.04.2020

Zaakceptowano / Accepted:
01.09.2021

Streszczenie: Obecnie stosowane w Polsce metody diagnozy fobii społecznej można podzielić na dwie grupy: ustrukturyzowane lub luźne wywiady psychologiczne/psychiatryczne oraz kwestionariusze/skale/ inwentarze służące do oceny objawów. Niniejszy artykuł przedstawia rzetelne metody diagnozy fobii społecznej, z uwzględnieniem ich specyficznych właściwości diagnostycznych. Na potrzeby artykułu termin fobii społecznej używany jest wymiennie z terminami lęk społeczny i zaburzenie lęku społecznego, gdyż wszystkie terminy odnoszą się do poruszanego tematu i występują wymiennie w klasyfikacjach diagnostycznych, publikacjach naukowych i omawianych narzędziach diagnostycznych.

Słowa kluczowe: kryteria diagnostyczne, narzędzia diagnostyczne, ocena kliniczna, fobia społeczna

Summary: The methods of diagnosing social phobia currently used in Poland can be divided into two groups: structured or unstructured psychological/psychiatric interviews and questionnaires/scales/inventories used to assess symptoms. This article presents reliable methods of diagnosing social phobia, taking into account their specific diagnostic properties. For the purposes of this article, the term social phobia is used interchangeably with the terms social anxiety and social anxiety disorder, as all terms relate to the topic being discussed and appear interchangeably in diagnostic classifications, scientific publications, and the discussed diagnostic tools.

Keywords: diagnostic criteria, diagnostic tools, clinical evaluation, social phobia

Adres korespondencyjny: Małgorzata Reiter, doktorantka Instytutu Psychologii, Polska Akademia Nauk, Stefana Jaracza 1, 00-378, Warszawa, Polska; email: malgorzatareiter@yahoo.pl ORCID: 0000-0003-2465-0000

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Małgorzata Reiter

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Wprowadzenie

Spośród zaburzeń lękowych, uwzględnianych w obowiązujących obecnie klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, najbardziej związanym z zaburzeniami funkcjonowania społecznego jest fobia społeczna. Skrajne nasilenie innych zaburzeń związanych z lękiem, może również rzutować na kontakty chorego z innymi ludźmi lub całkowicie je eliminować, jednakże w ich przypadku sytuacyjny kontekst pojawiania się objawów nie jest ściśle związany z interakcjami społecznymi. Jako specyficzne zaburzenie, odrębne od innych zaburzeń lękowych, fobia społeczna została opisana w trzeciej wersji amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych, DSM-III w 1980 roku (Weinshenker i in., 1996). W 2012 roku w ramach projektu EZOP (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak, 2012) przeprowadzono badanie występowania fobii społecznej w polskiej populacji (www.ezop.edu.pl). Projekt EZOP był pierwszym w Polsce badaniem epidemiologicznym zaburzeń psychicznych przeprowadzonym zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) we współpracy z Konsorcjum World Mental Health (WMH). Zgromadzono ponad 10 tysięcy wywiadów uzyskanych na reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski w wieku 18-64 lata. Badanie wykazało, że w zbadanej próbie u 1,8% fobia społeczna wystąpiła w ciągu życia lub trwa nadal i należy do drugiej, co do częstości występowania w populacji polskiej grupy zaburzeń nerwicowych oraz, że w populacji polskiej odmiennie niż większość innych fobii, fobia społeczna występuje jednakowo często u mężczyzn i kobiet¹.

Z wcześniejszych amerykańskich badań w ramach National Comorbidity Survey przeprowadzonych na ponad 8000 badanych uzyskano wyniki świadczące o tym, iż fobia społeczna w populacji ogólnej występuje u 7,9% społeczeństwa, z czego ponad połowa zalicza się do uogólnionego podtypu (Rabe-Jabłońska, 2002; Kessler i in., 1994) lub u od 2,4-13,3% populacji ogólnej, jak wykazują Epidemiological and Community Studies in the USA (Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz, Weissman, 1992; Kessler i in., 1994), oraz jest trzecim najczęściej występującym zaburzeniem psychiatrycznym w badanej populacji (Kessler i in., 1994). Na podstawie wyników badań epidemiologicznych amerykańscy badacze są nawet skłonni do stwierdzenia, iż z uwagi na to, że Fobia Społeczna jest obecnie jednym z najczęściej diagnozowanych zaburzeń

Introduction

Among the anxiety disorders included in the current classifications of mental disorders, the most associated with disorders of social functioning is social phobia. Extreme severity of other anxiety-related disorders may also affect the patient's contacts with other people or completely eliminate them, however, in their case, the situational context of the appearance of symptoms is not closely related to social interactions. As a specific disorder, distinct from other anxiety disorders, social phobia was described in the third version of the American classification of mental disorders, the DSM-III in 1980 (Weinshenker et al., 1996). In 2012, as part of the project EZOP (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak, 2012) a study of the occurrence of Social Phobia in the Polish population was conducted (www.ezop.edu.pl). Project EZOP was the first epidemiological study of mental disorders in Poland conducted in accordance with the methodology of the World Health Organization (WHO) in cooperation with the Consortium World Mental Health (WMH). More than 10,000 interviews were collected on a representative sample of residents of Poland aged 18-64. The study showed that in the examined sample in 1.8% Social Phobia occurred during life or continues to exist and belongs to the second most common group of neurotic disorders in the Polish population and that in the Polish population, unlike most other phobias, Social Phobia is equally common in men and women¹.

An earlier U.S. National Comorbidity Survey of more than 8,000 respondents found that social phobia in the general population occurs in 7.9% more than half of whom fall into a generalized subtype. (Rabe-Jabłońska, 2002; Kessler et al., 1994) or in 2.4-13.3% of the general population, as shown by Epidemiological and Community Studies in the USA (Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz, Weissman, 1992; Kessler et al., 1994), and is the third most common psychiatric disorder in the study population (Kessler et al., 1994). Based on the results of epidemiological studies, American researchers are even inclined to say that due to the fact that Social Phobia is currently one of the most commonly diagnosed mental disorders (Heimberg, Liebowitz, Hope, Schneier, 1995) this may testify to its civilizational character (Hope, Heimberg, Turk, 2007).

1 Badania zrealizowane zostały przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny z Warszawy oraz Akademię Medyczną z Wrocławia. Ich realizacja była możliwa dzięki wsparciu finansowemu ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego a także polskiego Ministerstwa Zdrowia.

1 The research was carried out by the Institute of Psychiatry and Neurology, the National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene from Warsaw and the Medical University of Wrocław. Their implementation was possible thanks to financial support from the Financial Mechanism of the European Economic Area and the Norwegian Financial Mechanism as well as the Polish Ministry of Health.

psychicznych (Heimberg, Liebowitz, Hope, Schneier, 1995) może to świadczyć o jej cywilizacyjnym charakterze (Hope, Heimberg, Turk, 2007).

Kryteria, metody oceny klinicznej oraz narzędzia diagnostyczne fobii społecznej

Z uwagi na istotność prawidłowej diagnozy i możliwość zaproponowania adekwatnych i skutecznych interwencji terapeutycznych, opracowano kilka metod pomiaru fobii społecznej. W założeniu wywiady kliniczne i/lub kwestionariusze mają umożliwiać wyodrębnienie fobii społecznej, spośród innych zaburzeń lękowych, oraz różnicować jej uogólnioną i specyficzną postać.

Lęki w interakcjach społecznych i związane z nimi odczuwanie dyskomfortu czy zdenerwowania, dotyczą w mniejszym lub większym stopniu prawie każdego z nas, są to m.in.: lęk przed randką, lęk przed wystąpieniem publicznym, lęk egzaminacyjny, lęk przed byciem w centrum uwagi, lęk przed rozmową z autorytetem (Dixon, de Monchaux, Sandier, 1957). Osoby doświadczające silnego, nieproporcjonalnego do zagrożenia lęku, w prawie każdej sytuacji związanej z interakcją społeczną, zarówno antycypowaną jak i realną, bezskutecznie starające się przestać bać, świadome tej dysproporcji oraz decydujące się z tego powodu na unikanie lub całkowite wyeliminowanie interakcji społecznych ze swojego życia, możemy diagnozować, jako osoby doświadczające fobii społecznej lub inaczej zaburzenia lęku społecznego. Jest ona, zatem skrajną postacią uogólnionego lęku społecznego (Marks, 1996; Miller, Barrett, Hampe, 1974). Z uwagi na chroniczny przebieg zaburzenia może ono wpływać negatywnie, na jakość życia oraz podejmowane osobiste wybory związane z interakcjami społecznymi np.: ukończenie szkoły, podjęcie pracy zawodowej, nawiązywanie bliskich relacji. Jako przyczyny rozwoju fobii społecznej, literatura podaje zarówno czynniki genetyczne, psychologiczne, społeczno-kulturowe i neurobiologiczne (Heimberg i in., 1995).

Jeżeli klinicysta podejrzewa, że fobia społeczna stanowi problem osoby badanej, zalecana jest szczegółowa ocena uwzględniająca kryteria diagnostyczne DSM lub ICD uzupełniona o luźny wywiad kliniczny a także dodatkowe metody pomiaru objawów poznawczych i behawioralnych fobii społecznej. Gruntowana diagnoza pozwala na odpowiedni dobór procedur terapeutycznych oraz ocenę postępów. Istotne jest, aby klinicysta wyjaśnił badanemu potrzebę przeprowadzania ocen klinicznych, jako możliwość uzyskania dokładnego obrazu zaburzenia a także odróżnienia go od innych zaburzeń lękowych lub wskazanie na zaburzenia współistniejące. Jeżeli fobii społecznej towarzyszą ataki paniki, depresja, stres adaptacyjny, zaburzenia osobowości

Criteria, clinical evaluation methods and diagnostic tools for social phobia

Due to the importance of correct diagnosis and the possibility of proposing adequate and effective therapeutic interventions, several methods of measuring social phobia have been developed. Clinical interviews and/or questionnaires are intended to distinguish Social Phobia from other anxiety disorders and to differentiate its generalized and specific form.

Fears in social interactions and the associated discomfort or nervousness affect almost all of us to a greater or lesser extent, these are inter alia, fear of dating, fear of public speaking, exam anxiety, fear of being the center of attention, fear of talking to authority. (Dixon, de Monchaux, Sandier, 1957). People experiencing a strong anxiety, disproportionate to the threat, in almost every situation related to social interaction, both anticipated and real, unsuccessfully trying to stop being afraid, aware of this disproportion and still deciding to avoid or completely eliminate social interaction from their lives, can be diagnosed as people experiencing Social Phobia or social anxiety disorder. It is therefore an utmost form of generalized social anxiety (Marks, 1996; Miller, Barrett, Hampe, 1974). Due to the chronic course of the disorder, it may have a negative impact on the quality of life and personal choices related to social interactions, e.g. graduation, taking up professional work, establishing close relationships. As the causes of the development of social phobia, the literature cites both genetic, psychological, socio-cultural and neurobiological factors (Heimberg et al., 1995).

If the clinician suspects that social phobia is a problem of diagnosed person, a detailed assessment is recommended taking into account the diagnostic criteria of the DSM or ICD supplemented by a loose clinical interview as well as additional methods of measuring the cognitive and behavioral symptoms of social phobia. A thorough diagnosis allows for the appropriate selection of therapeutic procedures and the assessment of progress. It is important for the clinician to explain to diagnosed person the need for clinical evaluations, as an opportunity to obtain an accurate picture of the disorder and thus distinguish it from other anxiety disorders or to indicate comorbidities. If the social phobia is accompanied by panic attacks, depression, adaptive stress, personality disorders or addiction to chemicals, the subject should be offered to address these difficulties first as part of, for example, individual

lub uzależnienia od substancji chemicznych to należy zaproponować badanemu zajęcie się wymienionymi trudnościami w pierwszej kolejności w ramach np. terapii indywidualnych (Hope i in., 2007).

W kolejnych akapitach, zaprezentowane zostaną zalecane i rzetelne metody oceny klinicznej oraz kwestionariusze służące do diagnozy fobii społecznej u osób dorosłych.

Ustrukturalizowany wywiad kliniczny

Istotą wywiadu ustrukturalizowanego jest to, że osoba przeprowadzająca wywiad wie z góry, o jakie kwestie chce zapytać, czego się chce dowiedzieć, jakie pytanie zada i jakie tematy poruszy. Wywiad ten dostarcza informacji w miarę obiektywnych w tym sensie, że każda osoba przeprowadzająca ten wywiad uzyska odpowiedzi badanych w określonym zakresie. Warto pamiętać, iż tylko taki rodzaj wywiadu stosuje się wyłącznie wtedy, gdy nie zależy nam na poznaniu indywidualności badanego, lecz na uzyskaniu konkretnych informacji dotyczących diagnozy bądź wykluczenia fobii społecznej. Wywiad ten pomija istotne dla procesu terapeutycznego kwestie historii życia. Nie zostaną one poruszone ze względu na z góry ustalony przebieg. Struktura wywiadu pomocna jest jednak, gdy występuje trudność w uszczegółowieniu diagnozy badanego, przeprowadzanej w ramach luźnego wywiadu klinicznego.

Do celów diagnozy różnicowej fobii społecznej w ramach ustrukturalizowanego wywiadu klinicznego, można użyć kryteriów diagnostycznych zawartych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 lub klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM IV-TR (poniżej opracowanie własne, które może być pomocne), lub skorzystać z dostępnych w ramach Pracowni Testów Psychologicznych ustrukturalizowanych wywiadów klinicznych dla zaburzeń Osi I DSM IV- TR, takich jak np: SCID-I (First, Gibbon, Spitzer, Williams, 1996).

therapies (Hope et al., 2007). In the following paragraphs, recommended and reliable methods of clinical evaluation and questionnaires for the diagnosis of social phobia in adults will be presented.

Structured clinical interview

The essence of a structured interview is that the interviewer knows in advance what issues he wants to ask, what he wants to know, what question he will ask and what topics he will raise. This interview provides reasonably objective information in the sense that each person conducting this interview will receive the respondents' answers within a certain range. It is worth remembering that only this type of interview is used only if we do not want to know the individuality of the respondent, but to obtain specific information regarding the diagnosis or exclusion of social phobia. This interview ignores the issues of life history that are important for the therapeutic process. They will not be raised due to a predetermined structure. However, the structure of the interview is helpful when there is a difficulty in detailing the diagnosis of the respondent, carried out as part of an unstructured clinical interview.

For the purpose of differential diagnosis of social phobia as part of a structured clinical interview, diagnostic criteria contained in the International Statistical Classification of Diseases and Health Problems ICD-10 or The Classification of mental Disorders of the American Psychiatric Association DSM IV-TR may be used (below is my own study, which may be helpful), or use the structured clinical interviews for disorders available as part of the Psychological Test Laboratory Axis I DSM IV- TR, such as: SCID-I (First, Gibbon, Spitzer, Williams, 1996).

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne fobii społecznej według ICD 10**Table 1.** Diagnostic criteria for social phobia according to ICD 10

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10, aby ostatecznie rozpoznać fobię społeczną (F40.1), spełnione muszą zostać wszystkie z następujących kryteriów: / According to the International Statistical Classification of Diseases and Health Problems ICD 10, in order to definitively recognize Social Phobia (F40.1), all of the following criteria must be met:	
A. Występują którekolwiek z następujących: / There are any of the following:	TAK/NIE / YES/NO
1. znaczna obawa znalezienia się w centrum uwagi lub obawa zachowania się w sposób, który okaże się kłopotliwy lub kompromitujący, / a marked fear or anxiety of being the center of attention or behaving in a way that will prove embarrassing or compromising, 2. wyraźne unikanie znalezienia się w centrum uwagi lub w sytuacjach związanych z obawą zachowania się w sposób, który okaże się kłopotliwy lub kompromitujący. / explicit avoidance of being the center of attention or in situations involving fear of behaving in a way that will prove embarrassing or compromising. <i>Obawy pojawiają się w takich sytuacjach społecznych, jak: jedzenie, przemawianie lub spotkanie znanych osób w miejscu publicznym, wchodzenie do małych grup (np.: przyjęcia, spotkania, pomieszczenia klasowe) lub przebywanie w nich. /</i> <i>Concerns arise in such social situations as: eating, speaking in a public place or meeting unfamiliar people, participating in or staying in small groups (e.g. parties, meetings, classrooms).</i>	
B. Co najmniej dwa z przedstawionych poniżej objawów lęku występowały naraz w sytuacjach budzących obawę, przy co najmniej jednej okazji, przez pewien czas od początku zaburzeń: / At least two of the following symptoms of anxiety occurred at once in situations of concern, on at least one occasion, for some time after the onset of the disorder:	
Objawy wzbudzenia autonomicznego / Symptoms of autonomic excitation 1. odczucie bicia lub ciężaru serca, albo przyspieszenie jego czynności, / feeling of beating or weight of the heart, or accelerating its activity, 2. pocenie się, / sweating, 3. drżenie lub dygotanie, / tremor or trembling, 4. suchość w jamie ustnej (niespowodowana lekami ani odwodnieniem), / dry mouth (not caused by medication or dehydration).	
Objawy z zakresu klatki piersiowej i brzucha / Chest and abdomen symptoms 5. utrudnione oddychanie, difficult breathing, 6. uczucie dławienia się, / feeling of chooke, 7. ból lub dyskomfort w klatce piersiowej, / chest pain or discomfort, 8. nudności lub nieprzyjemne doznania brzuszne, / nausea or unpleasant abdominal sensations.	
Objawy obejmujące stan psychiczny / Symptoms including mental state 9. zawroty głowy, brak równowagi, wrażenie omdlewania, uczucie oszołomienia, / dizziness, imbalance, fainting sensation, feeling lightheaded, 10. poczucie nierealności przedmiotów (derealizacja) albo dystansu czy „nierealności” samego siebie (depersonalizacja), / a sense of unreality of objects (derealization) or distance or "unreality" of oneself (depersonalization), 11. obawa utraty kontroli, „zwariowania”, wyłączania się, / fear of losing control, "going crazy", switching off, 12. obawa śmierci, / fear of death.	
Objawy ogólne / General symptoms 13. uderzenia gorąca, zimne dreszcze, / hot flushes, cold chills, 14. poczucie drętwienia, swędzenia. / feeling of numbness, itching.	

Ponadto, co najmniej jeden z następujących objawów: / In addition, at least one of the following symptoms: 1. zaczerwienienie lub dygotanie, / redness or diagonising, 2. obawa wymiotowania, / fear of vomiting, 3. nagła potrzeba lub obawa oddania moczu lub stolca. / sudden need or fear of urination or stool.	
C. Unikanie lub objawy lękowe oceniane są przez chorego jako nadmierne lub nieracjonalne i są przyczyną istotnego napięcia emocjonalnego. / Avoidance or symptoms of anxiety are assessed by the patient as excessive or irrational and are the cause of significant emotional tension.	
D. Objawy występują wyłącznie lub najczęściej w sytuacjach budzących obawę albo w następstwie rozmyślenia o takich sytuacjach. / Symptoms occur exclusively or most often in situations of concern budzących or as a result of thinking about such situations.	
E. <i>Najczęściej stosowane przesłanki wykluczenia:</i> objawy wyliczone w kryterium A i B nie są wynikiem urojeń, omamów ani innych zaburzeń, takich jak: organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09), zaburzenia nastroju [afektywne] (F30-F39), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42-), ani nie są wtórne w stosunku do przekonań uwarunkowanych kulturowo. / <i>The most commonly used exclusion conditions:</i> the symptoms listed in criteria A and B are not the result of delusions, hallucinations or other disorders such as: organic based mental disorders (F00-F09), mood disorders [affective] (F30-F39), obsessive-compulsive disorder (F42-), nor are they secondary to culturally conditioned beliefs.	

Źródło: opracowanie własne na podstawie IDC-10.

Source: own study based on IDC-10.

Tabela 2. Kryteria diagnostyczne zaburzenia lęku społecznego według DSM-IV-TR

Table 2. Diagnostic criteria for social anxiety disorder according to DSM-IV-TR

Według Klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM- IV-TR, aby rozpoznać zaburzenie lęku społecznego (Social Anxiety Disorder 300.23), musi być spełnionych dziesięć z następujących kryteriów / According to the Classification of Mental Disorders of the American Psychiatric Association DSM-IV-TR, in order to recognize Social Anxiety Disorder (300.23), ten of the following criteria must be met	
1. Lęk lub niepokój związany z sytuacją społeczną, w której osoba czuje, że skupia na sobie uwagę, jest obserwowana lub oceniana. W przypadku osoby dorosłej może to dotyczyć pierwszej randki, rozmowy kwalifikacyjnej, spotkania z kimś po raz pierwszy, wygłoszenia ustnej prezentacji lub przemówienia w klasie lub na spotkaniu. U dzieci zachowania fobiczne / unikające muszą wystąpić w otoczeniu rówieśników, a nie interakcji z dorosłymi, i będą wyrażane w kategoriach cierpienia odpowiedniego dla wieku, takiego jak kulenie się, płacz lub w inny sposób przejawiający oczywisty strach lub dyskomfort. / Fear or anxiety related to a social situation in which a person feels that he is focusing attention on himself, is observed or evaluated. For an adult, this may include a first date, a job interview, meeting someone for the first time, giving an oral presentation, or speaking in class or in a meeting. In children, phobic/avoidant behaviors must occur surrounded by peers rather than interacting with adults, and will be expressed in terms of age-appropriate suffering, such as cowering, crying, or otherwise exhibiting obvious fear or discomfort.	TAK/NIE / YES/NO
2. Zazwyczaj osoba boi się, że postąpi w sposób, który ujawni objawy lęku i niepokoju i w rezultacie doświadczy upokorzenia, odrzucenia społecznego. / Usually, the individual is afraid that will act in a way that will reveal the symptoms of anxiety and anxiety and as a result will experience humiliation, social rejection.	
3. Sytuacje społeczne niezmiennie wywołują lęk lub niepokój. / Social situations invariably cause anxiety or fear.	
4. Budzące obawę sytuacje społeczne lub sytuacje wystąpień publicznych są unikane, w innym przypadku, przynoszą nasilony lęk i cierpienie. / Feared social situations or situations of public speaking are avoided, otherwise they bring increased fear and suffering.	
5. Odczuwany przez jednostkę lęk i niepokój są przez osobę rozpoznawane, jako irracjonalne i nieproporcjonalne do rzeczywistej sytuacji. / The fear and anxiety felt by the individual are recognized by the person as irrational and disproportionate to the real situation.	

6. Strach, niepokój lub inne cierpienie związane z sytuacjami społecznymi utrzymują się przez sześć miesięcy lub dłużej oraz / Fear, anxiety or other suffering related to social situations persists for six months or more, and	
7. Powoduje osobiste cierpienie i upośledzenie funkcjonowania w jednej lub kilku dziedzinach, takich jak funkcjonowanie interpersonalne lub zawodowe / Causes personal suffering and impairment in one or more areas, such as interpersonal or professional functioning	
8. Lęku lub niepokoju nie można przypisać zaburzeniu o podłożu medycznym, używaniu substancji lub niekorzystnym skutkom leków lub / Fear or anxiety cannot be attributed to a medical disorder, substance use, or adverse effects of medications, or	
9. innym zaburzeniom psychicznym, oraz / other mental disorders, and	
10. jeśli występuje inny stan ogólnomedyczny, który może powodować nadmierną koncentrację na sobie – np. widoczna blizna na twarzy, lub odczuwany strach i niepokój są niezwiązane z sytuacją społeczną. Klinicysta może również ocenić, że lęk społeczny jest tylko specyficzny dla konkretnej sytuacji – np. wystąpienia publiczne (American Psychiatric Association, 2013). / if there is another general medical condition that may cause excessive concentration on oneself – e.g. a visible scar on the face, or the fear and anxiety felt are unrelated to the social situation. The clinician can also assess that social anxiety is only specific to a particular situation – e.g. public speaking (American Psychiatric Association, 2013).	
Dodatkowo wyróżnia się: / In addition, it stands out:	
Uogólniony podtyp lęku społecznego / Generalized subtype of social anxiety Definiowane, jako silny i uporczywy strach przed większością sytuacji i interakcji społecznych takich jak np.: randki, włączanie się do trwającej rozmowy, wystąpienia publiczne, wykonywanie czynności, gdy inni nas obserwują, chodzenia ulicą itp. Znalezienie się w którejś z takich sytuacji prawie zawsze wywołuje natychmiastową reakcję lękową, jednakże diagnoza właściwa jest tylko wtedy, gdy lęk wyraźnie przeszkadza danej osobie w codziennym życiu lub powoduje jej silne cierpienie. / Defined as a strong and persistent fear of most situations and social interactions such as dating, joining an ongoing conversation, public speaking, performing activities while others are watching us, walking down the street, etc. Finding oneself in one of these situations almost always causes an immediate anxiety reaction, however, the diagnosis is only appropriate if the anxiety clearly interferes with the person's daily life or causes him severe suffering.	
Nieuogólniony (specyficzny) podtyp lęku społecznego / Un generalized (specific) subtype of social anxiety Jeśli lęk dotyczy wykonywania wybranych czynności (pisanie lub jedzeniem w publicznych miejscach, oddawaniem moczu w publicznej toalecie) lub tylko niektórych sytuacji społecznych (występowaniem publicznym). Osoby z tą przypadłością bądź unikają takich sytuacji, bądź odczuwają w nich bardzo silny stres. / If the anxiety is about performing certain activities (writing or eating in public places, urinating in a public toilet) or only certain social situations (public speaking). People with this condition either avoid such situations or feel very strong stress.	

Źródło: opracowanie własne na podstawie DSM-IV-TR.

Source: own study based on DSM-IV-TR.

Luźny wywiad kliniczny

Osoby doświadczające fobii społecznej zazwyczaj szukają pomocy z powodu wtórnych objawów współistniejących a nie koniecznie z powodu świadomości podstawowego zaburzenia, jakim jest fobia społeczna. W wielu warunkach klinicznych, pierwsze spotkanie konsultacyjne klienta z klinicystą w dużej mierze opiera się właśnie na *luźnym wywiadzie klinicznym*, czyli rozmowie o powodach wizyty oraz opisie osobistych doświadczeń pacjenta (self-report), co umożliwia dokładne poznanie indywidualnej historii badanego. Każdy diagnosta tworzy własny sposób przeprowadzania *luźnego wywiadu* i zdobywania niezbędnych informacji, jednak, aby

Unstructured clinical interview

People experiencing social phobia usually seek help because of secondary comorbid symptoms and not necessarily because of awareness of the underlying disorder, which is social phobia. In many clinical conditions, the first consultation meeting of the client with the clinician is largely based on a *unstructured clinical interview*, a conversation about the reasons for the visit and a description of the patient's personal experience (self-description), which allows for a thorough knowledge of the individual history of the respondent. Each diagnostician creates their own way of conducting a *unstructured interview* and obtaining the necessary information, however, in

wykluczyć inne przyczyny odczuwania lęku i dyskomfortu w kontekście społecznych interakcji i fobii społecznej, wskazane jest, aby konstruować pytania z obszarów: „genetyki” (czy ktośś z rodziców ma podobne objawy), doświadczeń płynące z środowiska domowego i relacji z bliskimi, doświadczeń płynących ze środowiska społecznego, rówieśniczego i tworzonych w tych ramach relacji i interakcji społecznych, krytycznych wydarzeń w/w kontekście oraz co bardzo istotne mieć na uwadze kontekst kulturowy, w jakim wychowała się osoba badana. W diagnozie fobii społecznej pomocne będą, zatem pytania np.: Od jak dawna badany pamięta, że doświadcza objawów lęku, niepokoju w sytuacjach społecznych? Od jak dawna badany pamięta, że unika sytuacji społecznych? Jak wyglądało życie społeczne rodziny/rodziców? Do jakiego rodzaju interakcji społecznych w ramach socjalizacji badany był przyzwyczajony? Czy wystąpiły zdarzenia krytyczne związane z interakcjami społecznymi, które mogą mieć wpływ na obecny sposób postrzegania siebie i innych ludzi? Czy badany obawia się samych symptomów lęku, czy tego, że zostaną zauważone przez innych i zostanie negatywnie oceniony? Czy lęk pojawia się w sytuacjach niespółecznych a może wyłącznie w kontekście społecznych interakcji zarówno faktycznych jak i wyobrażonych czy antycypowanych? Czy badany ma świadomość nadmiernego lub nieuzasadnionego poziomu swojego lęku? Oraz jakie działania podejmuje, aby zapobiegać odczuwaniu dyskomfortu? Debora Hope, Richard Heimberg i Cynthia Turk (2007) zalecają również, aby wszystkie wstępne wywiady kliniczne zawierały trzy pytania dotyczące lęku z Inwentarza Fobii Społecznej (Social Phobia Inventory – SPIN; Connor i in., 2000), gdyż badania wykazały, że osoby uzyskujące ogólny wynik 6 lub więcej prawdopodobnie spełniają kryteria zaburzenia lęku społecznego (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick, Davidson, 2001; Katzelnick i in., 2001) . Pytania te nazywane są inaczej „Mini-SPIN” i należą do nich:

order to exclude other causes of anxiety and discomfort in the context of social interactions and social phobia, it is advisable to construct questions from the areas of: „genetics” (whether any of the parents have similar symptoms), experiences from the home environment and relationships with loved ones, experiences from the social and peer environment and social interactions created within this framework, critical events in the above-mentioned context and, what is very important, to take into account the cultural context in which the examined person grew up. In the diagnosis of social phobia, therefore, questions will be helpful, e.g.: How long does the respondent remember to experiences symptoms of fear, anxiety in social situations? How long does the respondent remember to avoid social situations? What was the social life of the family/parents like? What kind of social interactions within socialization was the respondent used to? Have there been critical events related to social interactions that may affect the current way respondent perceive ourselves and other people? Is the respondent afraid of the symptoms of anxiety themselves, or that they will be noticed by others and will be negatively evaluated? Does anxiety arise in unsocial situations, or perhaps only in the context of social interactions, both factual and imaginary or anticipated? Is the respondent aware of the excessive or unjustified level of their anxiety? And what actions does respondent take to prevent discomfort? Debora Hope, Richard Heimberg i Cynthia Turk (2007) also recommend that all initial clinical interviews include three questions about anxiety from Social Phobia Inventory – SPIN (Connor et al., 2000), because studies have shown that people with an overall score of 6 or more are likely to meet the criteria for social anxiety disorder (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick, Davidson, 2001; Katzelnick et al., 2001). These questions are called differently „Mini-SPIN” and include:

Tabela 3. Mini-SPIN

Table 3. Mini-SPIN

	0 zupełnie nie / not at all	1 trochę / a little bit	2 średnio / somewhat	3 bardzo / very much	4 zawsze / extremely
1. Strach przed zażenowaniem sprawia, że unikam robienia rzeczy czy rozmawiania z ludźmi. / Fear of embarrassment causes me to avoid doing things or speaking to people.					
2. Unikam aktywności, w których znajduje się w centrum uwagi. / I avoid activities in which I am the center of attention.					
3. Najbardziej obawiam się zażenowania i tego, że wyglądam głupio. / Being embarrassed or looking stupid are among my worse fears.					

Źródło: opracowanie własne na podstawie Hope i in., 2007.

Source: own study based on Hope et al., 2007.

Kwestionariusze i skale używane do pomiaru fobii społecznej dla dorosłych

Stosowane w naszym kraju kwestionariusze służące do diagnozy lęku społecznego i fobii społecznej, niestety nie doczekały się jeszcze polskiej normalizacji². Używane narzędzia diagnostyczne to zazwyczaj przetłumaczone przez praktyków/klinicyistów/badaczy na j. polski kwestionariusze, które w swoim ojczystym kraju przeszły pozytywnie procedurę sprawdzania ich rzetelności i trafności. Z uwagi na powyższe, wskazane jest, aby podejmując decyzję, co do wyboru właściwych kwestionariuszy zweryfikować je pod kątem ich wartości psychometrycznej oraz zakresu objawów lęku społecznego/ fobii społecznej. Takiej weryfikacji można dokonać w oparciu o wskazania diagnostyczne ICD lub DSM oraz na podstawie publikacji dotyczących psychometrycznych właściwości danego narzędzia, które zawierają kluczowe informacje i dane psychometryczne a w szczególności o rzetelności i trafności. Rzetelny kwestionariusz daje w kolejnych pomiarach wyniki, które zależą od nasilenia badanej cechy, a nie od czynników zewnętrznych. Jednym z najczęściej cytowanych współczynników rzetelności jest alfa Cronbacha, który informuje o spójności wewnętrznej pozycji/pytań w kwestionariuszu. Wszystkie współczynniki interpretuje się podobnie – przyjmuje się, że wartość powyżej 0,80, a ostatecznie 0,70 oznacza akceptowalną rzetelność dla narzędzi diagnostycznych wykorzystywanych w badaniach naukowych (Hornowska, 2007) a satysfakcjonująca rzetelność narzędzi w diagnozie indywidualnej wynosi, co najmniej 0,90 (Hornowska, Zawadzki, 2015).

Trafność kwestionariusza możemy oceniać na kilku wymiarach:

- **trafność kryterialna** (diagnostyczna i prognostyczna), oznacza siłę, z jaką wyniki w teście korelują z zewnętrznym kryterium, np. inną miarą tej samej cechy lub innymi wskaźnikami, a także, jak skutecznie przewidują przyszłe zachowania jednostki,
- **trafność teoretyczna**, która informuje, na ile skutecznie dany test mierzy to, co zgodnie z koncepcją autora powinien mierzyć (weryfikowana często za pomocą analizy czynnikowej),
- **trafność wewnętrzna** – informuje, czy pozycje testowe oddają pełne spektrum zachowań związanych z badaną cechą (weryfikowana metodą sędziów kompetentnych) (Hornowska, 2007).

² W Polsce dystrybucją komercyjnych narzędzi diagnostycznych o zamkniętej licencji zajmuje się Pracownia Testów Psychologicznych Sp. z o.o. oraz Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.

Questionnaires and scales used for measurement of social phobia for adults

Questionnaires used in our country to diagnose social anxiety and social phobia, unfortunately, have not yet been standardized in Poland². The diagnostic tools used are usually questionnaires translated by practitioners/clinicians/researchers into Polish, which in their origin country have successfully passed the procedure of checking their reliability and accuracy. In view of the above, it is advisable to verify them in terms of their psychometric value and the range of symptoms of social anxiety / social phobia when deciding on the selection of appropriate questionnaires. Such verification can be carried out on the basis of ICD or DSM diagnostic indications and on the basis of publications on the psychometric properties of the tool, which contain key information and psychometric data, in particular on reliability and accuracy. A reliable questionnaire gives results in subsequent measurements that depend on the severity of the examined feature, and not on external factors. One of the most cited reliability factors is the alpha Cronbach, which informs about the internal consistency of the position/questions in the questionnaire. All coefficients are interpreted similarly – it is assumed that a value above 0.80, and ultimately 0.70 means acceptable reliability for diagnostic tools used in scientific research (Hornowska, 2007) and the satisfactory reliability of the tools in the individual diagnosis is at least 0.90 (Hornowska, Zawadzki, 2015).

The accuracy of the questionnaire can be assessed on several dimensions:

- **criterion accuracy** (diagnostic and prognostic), means the strength with which the results in the test correlate with an external criterion, e.g. another measure of the same trait or other indicators, and how effectively they predict the future behavior of the individual,
- **theoretical validity**, which informs how effectively a given test measures what the author's concept wanted to measure (often verified by factor analysis),
- **internal validity** – informs whether the test items reflect the full spectrum of behaviors related to the tested trait (verified by the method of competent judges) (Hornowska, 2007).

The reference by psychiatrists, psychologists, educators to the accuracy and reliability of observational scales or questionnaires used in the diagnosis is an example of good practice, because it helps to select appropriate diagnostic tools and effectively assess the condition of the subjects and the progress

² In Poland, the distribution of commercial diagnostic tools with a closed license is handled by Laboratory of Psychological Tests Sp. z o.o. and the Laboratory of Psychological and Pedagogical Tests.

Odnoszenie się przez psychiatrów, psychologów, pedagogów do trafności i rzetelności wykonywanych w diagnozie skal obserwacyjnych czy kwestionariuszy jest przykładem dobrej praktyki, gdyż pomagają dobierać odpowiednie narzędzia diagnostyczne i skutecznie oceniać stan badanych jak i czynione przez nich postępy. Należy również pamiętać, iż kwestionariusze czy testy mogą ulegać dezaktualizacji zarówno w odniesieniu do treści pozycji w kwestionariuszu, czyli języka, jaki został użyty do opisu badanych zjawisk, np.: archaiczny lub nie zrozumiały, jak i do kwestii normalizacyjnych (Wicherts i in. 2004; Van de Vijver, Van Hemert, 2009).

Rzetelną i trafną skalą, powszechnie używaną przez klinicystów i badaczy (Greist, Kobak, Jefferson, Katzelnick, Chene, 1995) do diagnozy fobii społecznej oraz jej uogólnionego podtypu, jest **LSAS – skala lęku społecznego Liebowitza**. W związku z walorami diagnostycznymi i psychometrycznymi, zostanie ona opisana dokładniej niż pozostałe skale. Zaprojektowana została w celu oceny zakresu interakcji i sytuacji społecznych, których osoby z fobią społeczną mogą się obawiać i / lub unikać (Liebowitz, 1987). Skala składa się z 24 pytań, podzielonych na dwie podskale odnoszące się do społecznych interakcji (13 pytań, 1,2,3,4,6,8,9,13,14,16,17,20,21) oraz wykonywania czynności publicznie (11 pytań, 5,7,10,11,12,15,18,19,22,23,24). Badani proszeni są o udzielenie odpowiedzi dotyczących poziomu lęku i unikania odnoszącego się do opisanych sytuacji na czterostopniowej skali typu Likert: lęk [0 – brak, 1 – łagodny, 2 – umiarkowany, 3 – silny] oraz unikanie [0 – nigdy (0%), 1 – niekiedy (1%-33%), 2 – często (33%-67%), 3 – zawsze (67%-100%)]. **LSAS** zawiera 6 subskał: całkowity lęk, lęk przed interakcjami społecznymi, lęk przed publicznym wystąpieniem, całkowite unikanie, unikanie interakcji społecznych oraz unikanie publicznych wystąpień. Atutem skali jest to, że lęk i unikanie oceniane są na bieżąco dla każdej sytuacji osobno a oceny mogą być bardziej wrażliwe na zmienność sytuacyjną w zakresie lęku i unikania badanego (Heimberg, 1994). Ogólny całkowity wynik liczony jest poprzez sumowanie wyniku całkowitego lęku oraz całkowitego unikania. Wynik całkowity kwestionariusza jest najpowszechniej używaną miarą do diagnozy uogólnionej postaci fobii społecznej. Badania nad skalą wykazały, że diagnostycznym punktem odcięcia dla fobii społecznej lub jej braku jest ogólny wynik 30 punktów a ogólny wynik 60 i powyżej odróżnia jednostki z uogólnioną postacią fobii społecznej od pozostałych (Mennin i in. 2002). Dodatkowo autorzy badań nad skalą sugerują, że wyniki na subskałach lęku i unikania w obszarze wystąpień publicznych mogą służyć do lepszego różnicowania osób z fobią społeczną lub z jej brakiem a wyniki na subskałach lęku i unikania interakcji społecznych mogą

they make. Należy również pamiętać, iż kwestionariusze czy testy mogą ulegać dezaktualizacji zarówno w odniesieniu do treści pozycji w kwestionariuszu, czyli języka, jaki został użyty do opisu badanych zjawisk, np.: archaiczny lub nie zrozumiały, jak i do kwestii normalizacyjnych (Wicherts et al. 2004; Van de Vijver, Van Hemert, 2009).

Reliable and accurate scale, commonly used by clinicians and researchers (Greist, Kobak, Jefferson, Katzelnick, Chene, 1995) for the diagnosis of Social Phobia and its generalized subtype, is **LSAS – Liebowitz social anxiety scale**. Due to the diagnostic and psychometric qualities, it will be described more accurately than other scales. It is designed to assess the extent of interactions and social situations that people with Social Phobia may fear and/or avoid (Liebowitz, 1987). Skala składa się z 24 pytań, podzielonych na dwie podskale odnoszące się do społecznych interakcji (13 questions, 1,2,3,4,6,8,9,13,14,16,17,20,21) and public activities (11 questions, 5,7,10,11,12,15,18,19,22,23,24). Respondents are asked to provide answers regarding the level of anxiety/fear and avoidance referring to the described situations on a four-point scale of type Likert: anxiety/fear [0 – non, 1 – mild, 2 – moderate, 3 – severe] and avoidance [0 – never (0%), 1 – occasionally (1%-33%), 2 – often (33%-67%), 3 – usually (67%-100%)]. **LSAS** contains 6 subscales: total fear, fear of social interactions, fear of public speaking, total avoidance, avoidance of social interactions, and avoidance of public speaking. The advantage of the scale is that anxiety/fear and avoidance are assessed on an ongoing basis for each situation separately and the assessments may be more sensitive to situational variability in terms of anxiety and avoidance of the respondent. (Heimberg, 1994). The overall total score is calculated by summing up the total anxiety/fear score and total avoidance. The overall score of the questionnaire is the most commonly used measure for the diagnosis of the generalized form of social phobia. Studies on the scale have shown that the diagnostic cut-off point for social phobia or lack thereof is an overall score of 30 points and an overall score of 60 and above distinguishes individuals with a generalized form of Social Phobia from others (Mennin i in. 2002). Additionally, the authors of the scale study suggest that scores on anxiety/fear and avoidance subscales in the area of public speaking may serve to better differentiate between people with or without social phobia, and scores on subscales of anxiety/fear and avoidance of social interaction may further help distinguish people with an ungeneralized form of social phobia from those with its generalized form. These results require further research, but are worth considering in the diagnostic process (Mennin et al., 2002). Scores on the overall scale can be interpreted as follows: 0- 29 no Social Phobia, 30- 60 an ungeneralized form of social

dotatkowo pomóc odróżnić osoby z nieuogólnioną postacią fobii społecznej od osób z jej uogólnioną postacią. Wyniki te wymagają dalszych badań, ale warte są brania pod uwagę w procesie diagnostycznym (Mennin i in., 2002). Punktacje na skali ogólnej można interpretować w następujący sposób: 0- 29 brak fobii społecznej, 30- 60 nieuogólniona postać fobii społecznej, 60-70 łagodna uogólniona fobia społeczna, 70-85 umiarkowana uogólniona fobia społeczna, 85-100 poważna/silna uogólniona fobia społeczna, 100 i więcej: bardzo poważna/ silna uogólniona fobia społeczna. Rzetelność skali wykazuje dobrą wewnętrzną spójność a jej wartość alfa Cronbacha waha się od 0.92 do 0,96 w zależności od źródła danych (Heimberg i in., 1999). LSAS w sposób znaczący korelował z innymi powszechnie stosowanymi przez klinicystów w USA miarami / skalami lęku społecznego i unikania jak również z kwestionariuszami do samoopisu, co sugeruje odpowiednią trafność kryterialną skali (Heimberg, 1994). Inne wersje skali LSAS to skala lęku społecznego Liebowitza wersja do samoopisu (*LSAS-SR*) oraz skala lęku społecznego Liebowitza dla dzieci i młodzieży, wersja do samoopisu (*LSAS-SR-CA*)

Inwentarzem pozwalającym na diagnozę różnicową fobii społecznej i agorafobii jest **Inwentarz fobii i lęku społecznego** (*social phobia and anxiety inventory – SPAI*; Turner, Beidel, Dancu, Stanley, 1989). W ramach podskali fobii społecznej, narzędzie pozwala na pomiar specyficznych obszarów: oceny poznawczej, objawów somatycznych, unikania oraz zachowań ucieczkowych oraz w ramach podskali agorafobii symptomów lęku (anxiety). Wynik różnicy oblicza się przez odjęcie wyniku agorafobii od wyniku fobii społecznej. SPAI zawiera 45 pozycji, z których 21 pozycji wymaga kilku odpowiedzi. W sumie osoba badana musi udzielić 109 odpowiedzi, co czyni ten kwestionariusz bardzo czasochłonnym i energochłonnym w porównaniu do innych skal. Punktem odcięcia do diagnozy fobii społecznej jest wynik 80, który pozwala na odróżnienie tego zaburzenia od innych zaburzeń lękowych. Osiągnięcie punktacji 60 jest sugerowanym poziomem do diagnozowania prawdopodobieństwa wystąpienia fobii społecznej (Turner i in., 1989). Pomimo tego, że SPAI jest narzędziem czasochłonnym to wydaje się dostarczać dużą ilość informacji o cechach osoby z fobią społeczną i jest przydatnym narzędziem do różnicowania pomiędzy symptomami fobii społecznej a agorafobii.

Kolejne opisane poniżej skale, choć popularne wśród badaczy i klinicystów, służą bardziej do pomiaru obawy przed negatywną oceną i dezaprobatą i odczuwanego dyskomfortu w interakcjach społecznych niż fobii społecznej samej w sobie i związanym z nią lękiem i unikaniem. Z uwagi na ich rzetelność, mogą być jednak przydatne do oceny funkcjonowania społecznego badanych, uzupełniając tym

phobia, 60-70 mild generalized social phobia, 70-85 moderate generalized social phobia, 85-100 severe/strong generalized social phobia, 100 and more: very serious/strong generalized Social Phobia. The reliability of the scale shows good internal consistency and its alpha Cronbach value ranges from 0.92 to 0.96 depending on the data source (Heimberg et al., 1999). LSAS significantly correlated with other measures/scales of social anxiety and avoidance commonly used by clinicians in the U.S. as well as self-report questionnaires, suggesting appropriate criterion validity of the scale (Heimberg, 1994). Other versions of the LSAS scale include the Liebowitz social anxiety scale version for self-report (*LSAS-SR*) and Liebowitz's social anxiety Scale for children and youth, self-report version (*LSAS-SR-CA*)

The inventory allowing for differential diagnosis of social phobia and Agoraphobia is **social Phobia and anxiety inventory** (*SPAI*; Turner, Beidel, Dancu, Stanley, 1989). As part of the social phobia subscale, the tool allows you to measure specific areas: cognitive assessment, somatic symptoms, avoidance and escape behavior and as part of the Agoraphobia subscale of fear/anxiety symptoms. The result of the difference is calculated by deducting the result of Agoraphobia from the result of social phobia. SPAI contains 45 items, of which 21 items require several answers. In total, the subject has to give 109 answers, which makes this questionnaire very time-consuming and energy-consuming compared to other scales. The cut-off point for the diagnosis of social phobia is the score of 80, which allows you to distinguish this disorder from other anxiety disorders. Reaching a score of 60 is the suggested level for diagnosing the likelihood of Social Phobia (Turner i in., 1989). Despite the fact that SPAI is a time-consuming tool, it seems to provide a large amount of information about the characteristics of a person with social phobia and is a useful tool for differentiating between the symptoms of social phobia and Agoraphobia.

The following scales, while popular with researchers and clinicians, serve more to measure fear of negative judgment and disapproval and perceived discomfort in social interactions than Social Phobia itself and the associated anxiety/fear and avoidance. Due to their reliability, however, they can be useful to assess the social functioning of the respondent, thus supplementing the structured and unstructured clinical interview and as part of therapy, they allow to assess the progress of the respondent in specific areas related to Social Phobia or specific social anxieties.

Social interaction anxiety scale (*SIAS*; Matlick, Clarke, 1998) commonly used by researchers and clinicians (LeBlanc et al., 2014) is used to measure the discomfort felt in individual and group social interaction situations (this does not apply to the

samym *ustrukturalizowany i luźny wywiad kliniczny* oraz w ramach terapii pozwalają na ocenę postępów badanego w konkretnych obszarach związanych z fobią społeczną czy lękiem społecznym.

Skala lęku w interakcji społecznej (*Social Interaction Anxiety Scale – SIAS*; Mattick, Clarke, 1998) powszechnie używana przez badaczy i klinicystów (LeBlanc i in., 2014) służy do pomiaru odczuwanego w sytuacjach indywidualnych i grupowych interakcji społecznych dyskomfortu (nie dotyczy to doświadczenia lęku). Na skalę składa się 20 pozycji ocenianych na 5 stopniowej skali od 0 do 4, a całkowity wynik jest sumą punktów (LeBlanc i in., 2014). Żadna z 20 pozycji skali nie zawiera słowa *boję się*, czy *obawiam się* lub *czuje lęk*. Skala ta nie mierzy również obawy lęku o to jak oceniają nas inni, lub czy zostaniemy ośmieszeni w sytuacji społecznej (Mattick, Clarke, 1998; Heimberg, Mueller, Holt, Hope, Liebowitz, 1992; Brown i in., 1997). Warto również zauważyć, że lęk przed interakcjami społecznymi nie jest tym samym, co fobia społeczna a zatem kwestionariusz ten nie powinien posłużyć do diagnozy tego zaburzenia. Dodatkowo z uwagi na strukturę semantyczną skali, nie ma jasności, co do interpretacji ogólnego wyniku. Może on być interpretowany, jako ocena siebie i swojego napięcia w odniesieniu do przeszłych zdarzeń społecznych nie koniecznie związana z odczuwaniem lęku społecznego a możliwe, że z zupełnie innych powodów (Brown i in., 1997).

Skala fobii społecznej (*The social phobia scale – SPS*; Mattick, Clarke, 1998), podobnie jak **SIAS** mierzy bardziej poziom dyskomfortu niż odczuwanie lęku. Dotyczy sytuacji bycia ocenianym lub obserwowany przez innych ludzi. Składa się z 20 pozycji ocenianych na 5 stopniowej skali od 0 do 4, a całkowity wynik jest sumą punktów (Heimberg i in., 1992; Brown i in., 1997; Mattick, Clarke, 1998). Skala zawiera tylko dwa pytania, które bezpośrednio odnoszą się do odczuwania lęku, obawy a pozostałe dotyczą dyskomfortu, paniki, martwienia się, skrepowania itp. Oznacza to, że na jej podstawie nie możemy zdiagnozować jednoznacznie czy ktoś czuje lęk w sytuacjach społecznych. Nie dowiemy się również czy badany unika sytuacji społecznych oraz zupełnie nie jesteśmy w stanie diagnozować Fobii Społecznej lub jej braku a jedynie intensywność obaw przed byciem ocenianym przez innych ludzi.

Krótką skalą lęku przed nagatywną oceną (*The Fear of Negative Evaluation Scale – FNE*; Leary, 1983), również służy do oceny obawy, martwienia się dezaprobatą innych ludzi (Watson, Freind, 1969) czyli oceny poznawczego funkcjonowania, związanego z lękiem społecznym niż lęku samego w sobie (Heimberg, 1994).

Opisane powyżej skale w różnym stopniu odnoszą się do kryteriów diagnostycznych fobii

experience of anxiety/fear). The scale consists of 20 items assessed on a 5-point scale from 0 to 4, and the total score is the sum of points (LeBlanc et al., 2014). None of the 20 items on the scale contain the word *I'm afraid*, or *I feel fear* or *anxious*. This scale also does not measure anxiety about how others judge us, or whether we will be ridiculed in a social situation (Mattick, Clarke, 1998; Heimberg, Mueller, Holt, Hope, Liebowitz 1992; Brown et al., 1997). It is also worth noting that the fear of social interaction is not the same as Social Phobia and therefore this questionnaire should not be used to diagnose this disorder. Additionally, due to the semantic structure of the scale, there is no clarity on the interpretation of the overall score. It can be interpreted as an assessment of oneself and one's tension in relation to past social events not necessarily related to the feeling of social anxiety and possibly for completely different reasons (Brown et al., 1997).

The social phobia scale (*SPS*; Mattick, Clarke, 1998), like *SIAS*, it measures the level of discomfort rather than the feeling of anxiety/fear. It refers to the situation of being judged or observed by other people. It consists of 20 items rated on a 5-point scale from 0 to 4, and the total score is the sum of points (Heimberg et al., 1992; Brown et al., 1997; Mattick, Clarke, 1998). The scale contains only two questions that directly relate to the feeling of anxiety, fear and the others concern discomfort, panic, worry, screeching, etc. This means that on its basis we cannot clearly diagnose whether someone feels fear in social situations. We will also not find out whether the respondent avoids social situations and we are completely unable to diagnose Social Phobia or its absence, but only the intensity of fear of being judged by other people.

The fear of negative evaluation scale (*FNE*; Leary, 1983), also used to assess anxiety, worry about other people's disapproval (Watson, Freind, 1969) that is, the assessment of cognitive functioning associated with social anxiety rather than fear itself (Heimberg, 1994).

The scales described above to varying degrees refer to the diagnostic criteria of Social Phobia according to THE DSM IV-TR or ICD 10 and especially to the somatic symptoms of anxiety, but of all, taking into account the most diagnostic criteria and in particular the feeling of anxiety/fear and avoidance is the *LASA* scale. Depending on the purpose of the measurement, the scales can be used separately or in sets, also with other questionnaires/scales that help in assessing symptoms co-occurring with Social Phobia, such as the Beck Depression Inventory (*BDI-II*; Beck, Steer, Brown, 1996). Heimberg, Turk i Hope (2006) suggest that it is good practice to supplement the described clinical assessment methods and diagnostic tools with *behavioural tests*. According to the researchers, they complement, burdened

społecznej według DSM IV-TR lub ICD 10 a zwłaszcza do objawów somatycznych lęku, ale spośród wszystkich, uwzględniająca najwięcej kryteriów diagnostycznych a w szczególności odczuwanie lęku i unikania jest skala LASA. W zależności od celu pomiaru skale używane mogą być osobno lub w zestawach, również z innymi kwestionariuszami/skalami pomagającymi w ocenie współwystępujących z fobią społeczną objawów jak np.: Inwentarz Depresji Becka (BDI-II; Beck, Steer, Brown, 1996). Heimberg, Turk i Hope (2006) sugerują, iż dobrą praktyką jest, aby uzupełnić opisane metody oceny klinicznej oraz narzędzia diagnostyczne o testy behawioralne. Według badaczy dopełniają one, obarczony tendencją do krytycznej oceny własnej osoby, samoopis (Rapee, Lim, 1992) oraz dostarcza ją obiektywnych informacji, o jakości społecznego funkcjonowania badanego m.in. o tym jak bardzo pełen lęku staje się badany podczas społecznej izolacji, wykonywania czynności i/lub w sytuacji, gdy jest obserwowany. Dodatkowo, testy behawioralne mogą posłużyć do konstruowania eksperymentów lub oceny postępów. Jest to jednak metoda wymagająca doświadczenia diagnostycznego w stosowaniu narzędzi do badania zachowania. Dla osób potrzebujących wskazówek w tym zakresie autorzy przygotowali szczegółowy opis w publikacji „Cognitive-Behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies” (Heimberg, Becker, 2002).

Podsumowanie

Fobia społeczna jest zjawiskiem wielowymiarowym i do jej pełnej diagnozy pożądane jest zrozumienie przyczyn i czynników sprzyjających powstaniu zaburzenia oraz poznanie skutków uwzględniając obecne funkcjonowanie badanego. Dokonanie właściwej diagnozy, zwłaszcza w kontekście terapeutycznym jest istotne zarówno dla badanego jak i klinicysty, gdyż pozwala na podjęcie odpowiednich kroków terapeutycznych. Zalecana procedura diagnozy fobii społecznej zawiera, zatem: wywiad i samoopis (*luźny wywiad kliniczny*), diagnozę różnicową (*ustrukturalizowany wywiad kliniczny*), ocenę klinicznie istotnego lęku społecznego (kwestionariusze/skale) oraz dodatkowo testy behawioralne i miary oceny klinicznej wychwytyjące inne współistniejące symptomy np: depresji.

with a tendency to critically evaluate one's own person, *self-report* (Rapee, Lim, 1992) and provide objective information about the quality of the social functioning of the subject inter alia how anxious the subject becomes during social isolation, performing activities and/or when he is observed. In addition, behavioral tests can be used to construct experiments or assess progress. However, it is a method that requires diagnostic experience in the use of tools to study behavior. For those who need guidance in this area, the authors have prepared a detailed description in the publication „Cognitive-Behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies” (Heimberg, Becker, 2002).

Summary

Social phobia is a multidimensional phenomenon and for its full diagnosis it is desirable to understand the causes and factors conducive to the formation of the disorder and to know the effects taking into account the current functioning of the respondent. Making a proper diagnosis, especially in a therapeutic context, is important for both the respondent and the clinician, because it allows for appropriate therapeutic steps. The recommended procedure for the diagnosis of social phobia therefore includes: interview and self-description (*unstructured clinical interview*), differential diagnosis (*structured clinical interview*), assessment of clinically relevant social anxiety (questionnaires/scales) and additionally behavioral tests and measures of clinical evaluation that capture other concomitant symptoms, e.g. depression.

Bibliografia / References:

1. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV*.
2. Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual (2wyd.)*. San Antonio: The Psychological Corporation.
3. Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 9 (1), 21-27. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.1.21>
4. Connor, K. M., Kobak, K. A., Churchill, L. E., Katzelnick, D., Davidson, J. R. T. (2001). Mini-Spin: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 14, 137-140. <https://doi.org/10.1002/da.1055>
5. Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
6. Dixon, J. J., de Monchaux, C., Sandier, J. (1957). Patterns of anxiety: an analysis of social anxieties. *British Journal of Medical Psychology*, 30, 102-112. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1957.tb01951.x>
7. First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, M. R., Williams, J. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders – Patient edition (SCID-I/P, version 2.0)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
8. Greist, J. H., Kobak, K.A., Jefferson, J. W., Katzelnick, D.J., Chene, R.L. (1995). The clinical interview. W: Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope, D., Schneier, F. (red.), *Social Phobia: Diagnosis Assessment and Treatment*. 185-201. New York: Guilford Press.
9. Heimberg, R. G., Mueller, G. R., Holt, C. S., Hope, D. A., Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and The Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80308-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80308-9)
10. Heimberg, R. G. (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 32, wyd 2, 269-280. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90121-X](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90121-X)
11. Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier F. R. (1995). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*, 29-30. New York: The Guilford Press.
12. Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
13. Heimberg, R. G., Becker, R. E. (2002). *Treatment manuals for practitioners. Cognitive-Behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: The Guilford Press.
14. Hope, D. A., Heimberg, R.G., Turk, C. L. (2007). *Terapia Lęku społecznego. Podejście poznawczo behawioralne. Przewodnik Terapeuty*, Gdynia: Allinace Press.
15. Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H., Turk, C. L. (2007). *Terapia lęku społecznego (Podręcznik Ćwiczeń Klienta)*. Gdynia: Alians Press.
16. Hornowska, E. (2007). *Testy psychologiczne: Teoria i praktyka*. Warszawa: Scholar.
17. Hornowska, E., Zawadzki, B. (2015). Psychometria. Konstrukcja i adaptacja testów psychologicznych, W: J. Strelau, J., Doliński, D., Psychologia akademicka. Podręcznik, tom 1.: (s.868) Gdańsk – GWP.
18. Katzelnick, D. J., Kobak, K., deLeire, T., Henk, H.J., Greist, J., Davidson, J. R. T. i in. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in manager care. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1999-2007. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.12.1999>
19. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. i in. (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Results from National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
20. Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, (9), 371-375. <https://doi.org/10.1177/0146167283093007>
21. LeBlanc, A. L., Bruce, L. C., Heimberg, R. G., Hope, D. A., Blanco, C., Schneier, F. R., Liebowitz, M. R. (2014). Evaluation of the Psychometric Properties of Two Short Forms of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Assessment*, 21 (3), s. 312–323. <https://doi.org/10.1177/1073191114521279>
22. Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry* 22, 141-173. <https://doi.org/10.1159/000414022>
23. Marks, I. M. (1996). *Fears and phobias*. London: Heinemann.
24. Mattick, R. R., Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36 (4), 455–470. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10031-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10031-6)

25. Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S. O., Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: Using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 661-673. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00134-2](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00134-2)
26. Miller, L.C., Barrett, C. L., Hampe, E. (1974). Phobias in Children in a prescientific era. W: Davis, A. (red.), *Child personality and psychotherapy: Current topic (vol.1)*. New York: John Wiley & Sons.
27. Moskalewicz, J., Kiejna, A., Wojtyniak, B. (red.). (2012). *Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
28. Rabe-Jabłońska J. (2002) Fobia społeczna. Rozpowszechnienie, kryteria rozpoznawania, podtypy, przebieg, współchorobowość, leczenie. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. 2 (3), 161-166. Gdańsk: Via Medica.
29. Rapee, R. M., Lim, L. (1992). Discrepancy between self-and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 1001, 728-731. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.4.728>
30. Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R., Weissman, M.M. (1992). Social Phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820040034004>
31. Światowa Organizacja Zdrowia (1992). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10*.
32. Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.1.35>
33. Van de Vijver, F. J. R., Van Hemert, D. A. (2009) Variation in Raven's Progressive Matrices scores across time and place. *Learning and Individual Differences*, 19. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2008.10.006>
34. Watson, D., Freind, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448 -457. <https://doi.org/10.1037/h0027806>
35. Weinschenker, N. J., Goldenberg, I., Rogers, M. P., Goisman, R. M., Warshaw, M. G., Fierman, E. J., Vasile, R. G., Keller, M. B. (1996). Profile of a large sample of patients with social phobia: comparison between generalized and specific social phobia. *National Library of Medicine. Depress Anxiety* 1996-1997; 4(5), 209-16. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1996\)4:5<209::AID-DA1>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1996)4:5<209::AID-DA1>3.0.CO;2-8)
36. Wicherts, J. M., Dolan, C. V., Hessen, D. J., Oosterveld, P., van Baal, G. C. M., Boomsma, D. I., Span, M. M. (2004). Are intelligence tests measurement invariant over time? Investigating the nature of the Flynn effect. *Intelligence*, 32, 509-537. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2004.07.002>