

This translation has been made by
Dres. Iliа Rasskazov and Natalia Rasskazova,
who can be reached at rasskazovi@mail.ru

Социофобия

Обучающий курс для медицинских работников

- 1. Введение**
- 2. Общий план**
- 3. Презентация слайдов**
- 4. Копии слайдов**
- 5. Истории болезни**

Введение

Выражение благодарности

Введение от WPA

Как использовать рабочую программу

Образец пригласительного письма на рабочий семинар

Образец карты ответа

Образец сертификата

Выражение благодарности

Образовательная программа Всемирной Психиатрической Ассоциации по Социофобии была подготовлена благодаря усилиям Комитета по Социофобии Всемирной Психиатрической Ассоциации.

Председатель комитета:
Prof. J.A. Costa e Silva, Бразилия

Члены комитета:

Prof. J. Angst, Switzerland

Dr. J. Davidson, USA

Prof. M. Keller, USA

Prof. J-P Lépine, France

Dr M. Liebowitz, USA

Prof. J.J. Lopez-Ibor, Spain

Prof. S. Montgomery, UK

Prof. R. Priest, UK

Dr J. Siegel, USA

Поддержку образовательной программы осуществляет
F. Hoffmann-La Roche Ltd; Basel-Switzerland

Уважаемые коллеги,

Всемирная Психиатрическая Ассоциация совместно с Hoffmann-La Roche Ltd. представляет интернациональную образовательную программу по повышению уровня знаний, диагностики и лечения социофобии, распознавания тревожных расстройств, причиняющих определённые страдания индивидуумам, их семьям и обществу в целом.

Рабочий семинар, который вы согласились вести, представляет собой целостный и законченный элемент образовательной программы. Он преследует следующие цели:

1. Ознакомить врачей с концепцией и значимостью социофобии как серьёзного и излечиваемого психического расстройства.
2. Улучшить распознавание, диагностику и лечение социофобии.
3. Способствовать наиболее полному использованию образовательной программы WPA по социофобии для получения максимального эффекта в практической работе.

Ваша обязательность и ваш энтузиазм являются решающими в достижении этих результатов.

От имени WPA и всех тех пациентов, которые получают неоценимую помощь в результате ваших усилий, я хочу заранее поблагодарить вас за ваш вклад в это важное дело.

Искренне ваш Prof. JA. Costa e Silva
Председатель комитета WPA по социофобии

Как использовать программу рабочего семинара

Материалы в этой главе изложены таким образом, чтобы обеспечить гибкий практический подход получения знаний по социофобии. Они могут быть использованы для проведения лекции со слайдами по существу предмета или могут быть расширены до насыщенного интерактивного семинара.

Ключевой элемент программы состоит из 15 слайдов с прилагающимися комментариями (основной блок). Их самостоятельное использование составит лекцию со слайдами продолжительностью около 30 минут.

В дополнение к этому есть еще 6 мини-блоков состоящих из одного - двух слайдов каждый, их можно использовать по отдельности или вместе для того, чтобы увеличить продолжительность лекции до 60 минут. Мини - блоки четко отмечены и напечатаны на зеленом фоне.

Для тех, кто имеет возможность провести интерактивный семинар, предлагается интегративный сценарий. Он включает в себя все слайды, а также определенное количество вопросов, на которые участники отвечают с помощью интерактивной системы для голосования (ИСГ). Этой системе полностью посвящена глава 2. Интерактивный семинар по полному интегративному сценарию имеет продолжительность около двух часов. Изымая мини-модули можно сократить длительность до 90 минут.

Для завершения интерактивного семинара предлагается 5 историй болезни с подробными инструкциями их использования в качестве ролевых игр. Видеозаписи реальных пациентов, рассказывающих о своем состоянии, могут существенно помочь в приобретении навыков диагностики этого заболевания.

Таким образом, структура рабочего семинара может быть представлена в виде следующих блоков:

Блоки:

- Основной блок – 15 слайдов с комментариями
- 6 мини-блоков – по 1-2 слайда каждый, все с комментариями
- Интегративный сценарий – Слайды и комментарии интегрированы с интерактивными вопросами. Истории болезни – видеозаписи реальных пациентов, рассказывающих о своем состоянии, а также пять изложенных историй болезни для использования в качестве ролевых игр.

Такое построение позволяет варьировать:

- 30-ти минутная презентация слайдов с использованием основного блока
- 60-ти минутная презентация слайдов, используя основной блок + 6 мини-блоков
- 90- минутный интерактивный семинар, используя интегративный сценарий минус 6 мини-блоков
- 120-минутный интерактивный семинар с использованием интегративного сценария
- 150 – минутный интерактивный семинар с использованием интегративного сценария в сочетании с видеозаписью и ролевыми играми

Чтобы помочь вам в организации семинара в этой главе содержится образец пригласительного письма вероятным участникам, ответ на их письма и сертификат посещения.

Образец пригласительного письма

**Приглашение
Семинар по социофобии
Всемирной Психиатрической Ассоциацией**

Уважаемый коллега!

В последние годы все большее внимание уделяется такому тревожному расстройству как социофобия. Это нашло свое отражение в значительном улучшении диагностических техник и новых эффективных методах лечения при возросших потребностях общества в профессиональной помощи.

К сожалению, несмотря на все возрастающую общественную значимость, социофобия все еще часто остается нераспознанной и не лечится должным образом. По оценкам, менее 25 % страдающих социофобией получают лечение. Те

же, кому оказывается медицинская помощь, зачастую получают неадекватное лечение.

Причиной этого является внедрение расширенных знаний в понимании причин возникновения социофобии из академических журналов в клиническую практику. Также, абсолютное большинство больных не знают, что современная медицина может помочь им справиться с их проблемами.

С целью внедрения последних достижений и исследований в области социофобии в широкие слои общественности, WPA подготовила образовательную программу, направленную на улучшение диагностики, лечения и общего понимания социофобии.

Объединяющей частью этой образовательной инициативы является программа интерактивного семинара.

Приглашая практикующих врачей к участию в стимулирующем интерактивном обучающем семинаре, WPA верит, что это может значительно улучшить диагностику и лечение этого достаточно серьезного состояния.

Если вы желаете посетить интерактивный семинар WPA по социофобии, пожалуйста, заполните и отправьте на обратный адрес вложенную форму.

Искренне ваш

Имя

Должность

Образовательная программа WPA по социофобии поддерживается технической и финансовой помощью F. Hoffmann-La Roche Ltd.

Образец ответной формы

Интегративный сценарий

Основной блок

+

Мини- блоки

+

Интерактивные вопросы

Интегративный сценарий семинара

Введение

Эта глава является исчерпывающим руководством к проведению целостного семинара. Она содержит все ИСГ вопросы и слайды в том порядке, в котором им следует появиться, а также указания как использовать упражнения и ролевые игры. Прилагаемые комментарии являются указанием того, как следует представлять слайд или вопрос участникам семинара - врачам общего профиля.

На выбор вы можете провести один из трёх видов ниже перечисленных семинаров, используя основные блоки рабочего семинара.

- Для 2,5 -часового рабочего семинара используйте полный сценарий с видеозаписями историй болезней реальных пациентов и ролевыми играми.
- Для 2-х часового интерактивного семинара используйте полный сценарий.
- Для 90-минутного интерактивного семинара используйте полный сценарий без 6-ти мини блоков.

Как использовать Интерактивную Систему Голосования (ИСГ)

Для активизации участников и улучшения понимания ими излагаемого материала, в структуре семинара используется электронная Интерактивная Система Голосования (ИСГ).

- Каждый участник обеспечивается небольшой клавиатурой, подсоединённой к портативному компьютеру.
- В определённые моменты семинара, ведущий задает участникам вопрос с вариантами ответов.
- Каждый участник анонимно указывает вариант ответа, нажимая на соответствующую клавишу клавиатуры.
- Компьютер сортирует ответы и отображает общий результат в виде гистограммы на экране компьютера.

Использование Интерактивной Системы Голосования позволяет ведущему оценить знание (или его недостаток) группы в каждом значимом аспекте семинара и в зависимости от результата, внести необходимые комментарии.

Также, эта система позволяет ведущему открыть дискуссию по спорным мнениям.

Цели, достигаемые с помощью Интерактивной Системы Голосования

Вопросы для ИСГ были разработаны для достижения следующих целей:

Активизация участников.

В самом начале рабочего семинара всем участникам задаётся несколько общих вопросов о социофобии. Большинство участников скорее ответит неправильно. Демонстрация того, насколько их знание является неполным или ошибочным, заставит их быть более восприимчивыми к той информации, которая затем последует.

Улучшение восприятия слайдов.

В ключевых пунктах, вопросы ИСГ задаются с целью оценить восприятие ранее показанного слайда или для того, чтобы подготовить участников к восприятию следующего слайда.

Повышение качества ролевых игр.

Участникам задаются вопросы, касающиеся упражнения «ролевая игра» с целью освещения ключевых моментов.

- Если ролевая игра проводится в живую, то вопросы задаются после игры, чтобы не прерывать саму процедуру.
- Если ролевая игра записана на видеомаягнитофон, то вопросы и дискуссию можно проводить во время выполнения этого упражнения, останавливая видеозапись в ключевых моментах.

Как использовать систему интерактивных вопросов и ответов ИВО.

Система интерактивных вопросов и ответов ИВО создана для того, чтобы заменять интерактивную систему голосования там, где её применение невозможно.

Концепция ИВО сохраняет все выгоды и преимущества системы. А именно:

- Участники семинара могут отвечать на ключевые вопросы, сохраняя полную анонимность.
- Ведущий семинара всегда будет иметь возможность знать о разбросе мнений и знаний в группе, для того чтобы корректировать свои комментарии.
- Участники семинара смогут незамедлительно узнать, насколько их знания и мнение соответствуют знаниям и мнениям их коллег.
- ИВО будет служить катализатором для начала плодотворной дискуссии, которую могут инициировать как участники, так и ведущий семинара.

Структура ИВО

Для ИВО может быть использован такой же список вопросов, как и для ИСГ. Вопросы будут демонстрироваться участникам семинара с помощью диапроектора. На них можно будет отвечать двумя способами:

- Для не спорных вопросов можно отвечать с помощью подъёма рук.
- Для спорных вопросов, где важно соблюдать анонимность отвечать можно с помощью листочков бумаги.

Эти листочки с ответами должны быть оформлены так, чтобы сохранить анонимность, а также позволить быстро произвести подсчёт результатов. Это позволит ведущему семинара своевременно отслеживать ответы участников и вносить необходимые комментарии. В этом процессе есть пять стадий:

1. Каждый участник получает отдельный лист со списком вопросов и ответов.
2. Каждый вопрос должен иметь варианты ответов, среди которых участники будут отмечать на их взгляд правильный.
3. После заполнения листочки собираются.
4. Ведущий семинара или лучше его ассистент сравнивают листки с правильным шаблоном, быстро переписывая себе варианты ответов, отмеченные участниками.
5. Как только варианты ответов переписаны, эти же листочки снова раздаются участникам для ответа на следующий вопрос.

Этим будет соблюдаться полная анонимность ответов.

Образец вопросов и листочка с ответами.

Вопрос 1

Какой процент населения страдает социофобией некоторое время в течение своей жизни?

1. 0 – 4 %
2. 5 – 9 %
3. 10 – 14 % ♦
4. 15 – 20 %
5. Больше 20 %

Вопрос 2

Какой средний возраст для начала социофобии?

1. 0 - 10
2. 11 - 20 ✓
3. 21 - 30
4. 31 - 40
5. 41 - 50
6. старше 50-ти лет

Образец шаблонов для подсчётов ответов

Вопрос 1

Вопрос 2

Чтобы записать ответы ведущий семинара (а лучше ассистент) просто накладывает первый вариант ответа на шаблон и отмечает галочки. Затем он накладывает второй лист с ответом на шаблон и переписывает галочки и т.д. Когда переписаны все листки с вариантами ответов, очень легко подсчитать результаты, просто глядя на шаблон.

Начало семинара

Опишите Интерактивную Систему Голосования.

Разогревающие вопросы.

ИСГ – вопросы

На чём вы сюда приехали?

1. Машина
2. Автобус.
3. Поезд.
4. Пешком.
5. На верблюде.

Почему вы здесь находитесь?

1. Для того, чтобы получить знания.
2. Пообедать.
3. Встретиться с коллегами.
4. Испортился телевизор.
5. Не знаю.

Введение

Комментарии

Мы сегодня собрались здесь для того, чтобы поговорить об относительно недавно признанном психиатрическом состоянии, которое называется социофобия. Большинство из вас слышали об этом состоянии, но наверняка не знают, что это такое. Некоторые из вас могут даже отрицать его существование.

Общие вводные вопросы

Эти вопросы предшествуют показу первого слайда. Предлагается короткий комментарий после каждого вводного вопроса, для того чтобы подготовить почву для ведения семинара. Правильные ответы подчеркнуты.

Вопрос ИСГ

Что такое социофобия?

1. Чрезмерная робость, застенчивость.
2. Нарушение личности.
3. Тревожное расстройство.
4. Расстройство настроения.

После голосования покажите слайд 1

Слайд 1

Комментарии

Социофобия признана Всемирной Организацией Здравоохранения в Международной Классификации Болезней МКБ-10 и Американской Психиатрической Ассоциацией ДСМ-4, как широко распространённое тревожное расстройство.

В МКБ-10 это состояние классифицируют как фобическое тревожное расстройство.

Обсуждение вариантов

1. 1-ый вариант. Многие, страдающие социофобией, расценивают свои симптомы как несчастливую черту личности. В то время как нетрудоспособность и поведение избегания получают дальнейшее своё развитие, вслед за дискомфортом, вызываемым робостью и застенчивостью.
2. 2 и 4-ый варианты. Хотя у многих страдающих социофобией развиваются личностные нарушения по типу шизоидной психопатии или выраженной депрессии, эти сопутствующие заболеванию состояния не являются частью первоначальной социофобии.

Вопрос ИСГ

По сравнению с паническими расстройствами и агорафобией, при социофобии стресс, нетрудоспособность и потребность в медицинской помощи:

1. В значительной степени больше
2. В незначительной степени больше.
3. Почти то же самое
4. Незначительно меньше
5. Значительно меньше
6. Не имею своего мнения.

Комментарий после голосования

Факты убедительно свидетельствуют о том, что нетрудоспособность в результате социофобии выше, чем в результате указанных заболеваний. Насколько велика разница - значительно или незначительно зависит от индивидуального мнения. Тем не менее, используя шкалу нетрудоспособности Шихана, было доказано, что пациенты с социофобией показывают значительно больше нетрудоспособность, чем пациенты с паническими расстройствами, с сильной тревогой или поведением избегания.

Обсуждение вариантов.

1. 1 и 2-ой варианты. Если группа пришла к соглашению - значительно больше или незначительно больше, предложите, что это хороший повод чтобы начать плодотворный семинар.
2. 4 и 5-ый варианты. Если соглашение - значительно меньше или незначительно меньше, скажите группе, что их мнение может значительно измениться в результате участия в этом семинаре.
3. 6-ой вариант. Если оказывается, что большинство не имеет своего мнения, скажите, что целью рабочего семинара, является помощь в формировании своего мнения участникам семинара по такой важной теме, как социофобия.
4. Если в группе большой разброс мнения, скажите, что участники смогут приблизиться к соглашению в конце рабочего семинара.

Эпидемиология социофобии

Вопрос ИСГ

Какой процент населения страдает социофобией в течение своей жизни?

1. 0-4%
2. 5-9%
3. 10-14%

4. 15-19%
5. более 20%

Комментарий после голосования

Хотя более ранние оценки распространённости социофобии утверждали, что это относительно редкое расстройство, самые последние достижения в диагностических техниках привели к осознанию таких фактов, что социофобия поражает как минимум одного человека из десяти хотя бы однажды на протяжении его жизни.

Слайд 2

Комментарии

Последние европейские исследования оценили распространённость социофобией между 9,6% -16 %. Это, в общем, совпадает с исследованиями проведёнными в США - 13,3 %. Около 3% процентов населения США страдает социофобией всю свою жизнь.

Этот слайд также хорошо отражает разницу в диагностических критериях DSM и МКБ-10. Wacker и другие использовали оба критерия для исследования населения и получили довольно различные результаты.

Вопрос ИСГ

В каком возрасте обычно начинается социофобия?

1. 0-10
2. 11-20
3. 21-30
4. 31-40
5. 41-50
6. старше 50-ти.

После голосования продемонстрируйте слайд 3.

Слайд 3

Комментарии

Характерное начало социофобии приходится на средний подростковый возраст – время, в котором существует наибольшая вероятность того, что социофобия причинит наибольший ущерб психологическому развитию, формированию человеческих взаимоотношений и становлению жизненных целей.

Помимо начала в раннем возрасте, для социофобии было выделено ещё несколько факторов риска. Она не является характерной для какой-нибудь расы или социального класса, однако, разрушительный эффект социофобии на образование пациента, работу и способность формировать взаимоотношения с другими людьми ведёт к тому, что наиболее часто она обнаруживается у одиноких людей с небольшими финансовыми средствами.

Последствия социофобии

Слайд 4

Комментарии

Социофобия это хроническое неремиттирующее расстройство, вызывающее нетрудоспособность, которая в свою очередь (при отсутствии лечения) является причиной высокого риска алкоголизации, склонности к наркотикам и суицидам. Её последствия вызывают серьёзные личностные нарушения у лиц, страдающих социофобией.

Слайд 4а

Комментарии

Социофобия причиняет экономические последствия не только страдающим этим заболеванием, но также и обществу в целом. Этот слайд показывает, что хотя социофобия является плохо распознаваемым состоянием, она очень сильно влияет на расходы в сфере здравоохранения. Основной вклад вносят сопутствующие социофобии заболевания. Это означает, что если пациенты не получают лечение изначального заболевания - социофобии, то они наверняка получат лечение заболевания, сопутствующего социофобии.

Слайд 4б

Комментарии

Другой вклад в экономические последствия социофобии вносят уменьшение способности страдающих социофобией к полноценному заработку средств и их зависимость от пособий. Лица с социофобией в большей степени, чем остальные люди склонны к злоупотреблению алкоголя. Ещё одно исследование показало высокий риск к совершению правонарушений у подростков, страдающих социофобией.

Слайд 5

Комментарии

Основной, главный вклад в эти заболевания, вызванные социофобией, и её стоимость обществу вносит злоупотребление алкоголем. Всемирная Ассоциация Здравоохранения оценила, что европейские страны потратили приблизительно 6,8% их валового национального продукта для того, чтобы справиться с проблемами, вызванными злоупотреблением алкоголем. То, что страдающие социофобией в два раза чаще имеют проблемы с алкоголем по сравнению с остальным населением, является важным экономическим фактором. У лиц, злоупотребляющих алкоголем в 9 раз выше вероятность, по сравнению с остальным населением, того, что они страдают социофобией.

Не распознано

Слайд 5а

Комментарии

Несмотря на тот факт, что социофобия является широко распространённым расстройством, оно очень редко диагностируется во врачебной практике. Для этого есть несколько причин:

1. Пациенты и доктора в одинаковой степени ориентированы на культуральное отношение к робости и застенчивости. Это приводит к неправильному выводу, что социофобия является просто выраженной чертой личности.
2. Пациенты могут избегать помощи в лечении своего расстройства по причине боязни метки психического заболевания. Также, в силу свойства своей социофобии они могут сильно тревожиться и волноваться по поводу встречи с незнакомыми людьми.
3. В конце концов, эффективное лечение стало доступным совсем недавно, поэтому пациенты вполне справедливо могли считать, что им не было смысла обращаться за профессиональной помощью.

Слайд 5б

Комментарии

То, что социофобия как дискретное клиническое заболевание было признано относительно недавно, означает, что многие врачи общей практики и медицинские работники, занятые в первичной помощи, до сих пор не знакомы с концепцией социофобией. Многие врачи общей практики до сих пор не знают диагностические критерии, по которым выставляется диагноз социофобии.

Высокая частота сопутствующих заболеваний при социофобии, также, осложняет диагностику. Симптомы социофобии часто маскируются под симптомами сопутствующих заболеваний. Такие защитные стратегии, как приём наркотиков и злоупотребление алкоголем может маскировать эти симптомы.

Презентация и диагностика

Слайд 6

Комментарии

МКБ-10 определяет социофобию как страх изучения другими людьми в относительно небольших группах (противопоставляется страху толпы). Люди, страдающие социофобией могут заходить слишком далеко, чтобы избежать ситуацию, в которой возникает страх. Если эту ситуацию нельзя избежать, то пациенты будут считать её для себя чрезмерным стрессом.

Слайд 7

Комментарии

Существует две формы социофобии.

1. Диффузная или генерализованная форма этого состояния характеризуется возникновением страха практически во всех социальных ситуациях вне семейного круга пациента.
2. При негенерализованной форме социофобии, страх возникает время от времени и относится к специфическим социальным ситуациям, таким как еда в присутствии других людей, выступления на публике или общение с противоположным полом.

Чтобы поставить диагноз социофобии страх должен быть сильным, вызывающим нетрудоспособность. Нормальную тревожность, которую мы все переживаем, выступая на публике нельзя квалифицировать как социофобию, хотя временами она может вызывать некоторый дискомфорт.

Слайд 8

Комментарии

На этом слайде указаны ситуации, которые наиболее часто вызывают симптомы социофобии. Когда пациент оказывается в ситуации, вызывающей у него страх, возникают типичные соматические симптомы тревоги - дрожь, потение, напряжение мышц, тянущее ощущение в желудке, сухость в горле, ощущение жара

или холода в голове или головная боль. Страдающие социофобией могут в сильной степени избегать ситуации, в которых идёт проявление симптомов фобии. Порой, это избегающее поведение вызывает такую же нетрудоспособность, как и само заболевание, что в конечном итоге приводит к социальной изоляции.

Сопутствующие заболевания

Вопрос ИСГ

У какого процента страдающих социофобией будет выявлено другое заболевание в течение их жизни?

1. 0 - 19%
2. 20 - 39%
3. 40 - 59%
4. 60 - 80%
5. 80 -100%

Комментарии после голосования

Более 75% пациентов с социофобией имеют, по крайней мере, одно психическое расстройство в определённый момент своей жизни.

Слайд 8а

Комментарии

Вы видите, что сопутствующие заболевания являются не исключением, а нормой для страдающих социофобией. Это значит, что диагноз не осложненной сопутствующими заболеваниями социофобии всегда указывает на необходимость более тщательного обследования больного для возможного выявления других психических нарушений.

Слайд 9

Комментарии

Для социофобии описан широкий спектр сопутствующих заболеваний. Он включает в себя (прочтите со слайда).

Слайд 9а

Комментарий

Значение этого высокого уровня сопутствующих заболеваний в том, что помимо усложнения диагностики, сопутствующие социофобии состояния драматически увеличивают последствия нетрудоспособности для пациентов с социофобией. В

частности, страдающие осложнённой формой социофобии по сравнению с пациентами, болеющими неосложнённой формой чаще совершают самоубийства.

Слайд 10

Комментарии

В 70% случаях, когда пациент страдает социофобией в сочетании с другими нарушениями, социофобия появилась первой. Первичное появление социофобии указывает на то, что она инициирует другие нарушения. Следовательно, более раннее начало лечения социофобии может предотвратить появление сопутствующих нарушений и спасти пациентов от нетрудоспособности и стрессовых состояний.

Вопрос ИСГ

Для дифференциальной диагностики между социофобией и агорафобией необходимо выяснить следующее:

1. Степень избегающего поведения (ситуации, которые всегда избегаются или только иногда).
2. Источник страха пациента (т.е. специфические ситуации или общий страх потери контроля).
3. Присутствие панических атак у пациента.
4. Наличие защитных стратегий, таких как злоупотребление алкоголем или наркотиков.
5. Соматические симптомы тревоги, которые испытывает пациент (покраснение, потение, дрожь и т.д.).

Комментарии после голосования

Отличительной чертой социофобии является страх быть изученным, при агорафобии ситуации страха являются более генерализованными. Например, в том время как страх путешествия или поездки на поезде является общим, как для агорафобии, так и для социофобии, страдающий социофобией не будет иметь никаких проблем, если вагон будет пустым.

Обсуждение вариантов

1. 1-ый вариант. Избегающее поведение является типичной чертой как для социофобии, так и для агорафобии.
2. 2-ой вариант. Хотя для агорафобии, как и для социофобии характерны панические атаки, ключевой диагностической чертой является не наличие атаки, а страх, который привел к её появлению.

3. 4-ый вариант. Лица, страдающие социофобией более склонны, чем при агорафобии, к самолечению алкоголем, но это не должно использоваться в качестве диагностического критерия.
4. 5-ый вариант. Покраснение более характерно для социофобии, головокружение и слабость - для агорафобии, но поскольку оба состояния имеют широкий спектр тревожных симптомов, врач не должен концентрироваться на последствиях симптомов, а больше уделять внимание присутствующему страху.

Видеозапись реальной истории болезни - ролевая игра

На этой стадии проведения учебного семинара вы можете показать видеозапись истории болезни реального пациента. Это может быть использовано для стимуляции дискуссии по диагностическим критериям социофобии.

Образовательная программа ВПА также включает в себя напечатанные истории болезни. Они могут быть использованы для проведения ролевых игр в течение рабочего семинара.

Биологические основы социофобии

Слайд 10а

Комментарии

До того как мы начнём обсуждать лечение социофобии, я хотел бы сказать несколько слов о неврологических нарушениях, которые, как считается, могут привести к началу этого заболевания. Это может помочь мне объяснить биологические основы фармакологического лечения этого нарушения.

Механизмы, лежащие в основе возникновения социофобии до сих пор не ясны, однако нейроэндокринные исследования выявили нарушения в допаминергических, серотонинергических и норадренергических системах у пациентов. Исходя из этого, фармакологические средства, которые действуют на эти системы, являются препаратами выбора для лечения социофобии.

Семейные генетические исследования предложили влияние генетического компонента в развитии этого нарушения. Однако факт влияния генетики в развитии данного заболевания наравне с влиянием окружения пациента, является спорным.

Лечение

Слайд 11

Комментарии

Типичный пациент с социофобией как бы постепенно снижается по спирали заболевания. Неспособность овладеть социальными навыками в период взросления может привести к трудностям в получении образования и к проблемам в формировании взаимоотношений с окружающими. В более поздние годы у пациента возникают проблемы с выполнением его рабочих обязанностей. Усилия, направленные на то, чтобы справиться с заболеванием могут вести к появлению вредных защитных стратегий, таких как злоупотребление алкоголем или наркотиков.

В конце концов, возникает большая вероятность того, что человек, страдающий социофобией, уйдет в другие психические заболевания, такие как депрессия или агорафобия.

Итак, можем ли мы что-нибудь сделать для того, чтобы предотвратить эти последствия?

Конечно же. В последние годы стало ясно, что у врача есть набор психофармакологических и психосоциальных средств, которые могут эффективно предотвращать и нивелировать большинство нарушений вызываемых социофобией.

К сожалению, в настоящее время только около 25% пациентов, страдающих социофобией, когда-либо лечились по поводу социофобии. Значительно меньшее число получало доказанное эффективное лечение.

Вопрос ИСГ

Лечение нужно начинать:

1. Когда пациент впервые переживает симптомы тревоги в социальных ситуациях.
2. Когда у пациента впервые появляется избегающее поведение.
3. Когда пациент впервые переживает, что это ему мешает в социальной жизни или на работе.
4. Когда пациент впервые начинает применять вредные защитные стратегии (злоупотребление алкоголем или наркотиками).
5. Когда у пациента появляются сопутствующие заболевания.

Комментарии после голосования

Принимать решение о начале лечения социофобии необходимо тогда, когда переживаемые пациентом негативные симптомы связаны со значительными нарушениями в психосоциальной сфере.

Обсуждение вариантов

1. 1-ый вариант. До тех пор, пока не появится значительная выраженность нарушений в социальной сфере пациента или в его работе, присутствие тревоги в социальных ситуациях не является достаточным основанием для того, чтобы гарантировать программу полного излечения.
2. 2-ой вариант. Поведение избегания является диагностическим критерием для социофобии. Этим пациентам следует оценивать на более поздней стадии, когда нарушается привычный уклад их жизни.
3. 4 и 5-ый варианты. Хотя лечение социофобии может оказать значительное влияние на пациентов, злоупотребляющих алкоголем или имеющих другие сопутствующие заболевания, на этой стадии шанс предотвратить эти последствия будет уже упущен.

Слайд 12

Комментарии

Хотя проблеме социофобии в последние годы в печати уделяется больше внимания, всё равно сказывается нехватка знаний об этом состоянии. Многие страдающие социофобией не осознают, что их проблемы в жизни возникают в результате клинического заболевания. Поэтому они нуждаются в разъяснении того, что длительное лечение может им помочь. Продолжительное объяснение рациональности применения фармакотерапии может значительно изменить мнение пациента в более позитивную сторону.

Этот слайд показывает пять способов убеждения пациента в необходимости применения лекарства. Основная цель заключается в том, чтобы убедить пациента в том, что он страдает известным и признанным заболеванием, которое поддаётся испытанному, проверенному и кроме всего безопасному фармакологическому лечению.

Эти положения должны лечь в основу письменного контракта с пациентом.

Слайд 12а

Комментарии

Этот контракт с пациентом должен снова заверить пациента в том, что симптомы, которыми он страдает, расцениваются как проявление социофобии и что они поддаются лечению.

Должен быть обсуждён план лечения, а пациенту дана возможность развеять все сомнения и тревоги.

Важно не настраивать клиента на фальшивые и ложные ожидания. В контракте на лечение можно оговорить вопрос, сколько пациенту нужно ждать для улучшения

его состояния. В зависимости от симптомов это может быть от одного до двух месяцев.

Также, в контракте должно быть оговорено, что терапевт будет просматривать программу лечения в регулярные интервалы времени.

Вопрос ИСГ

Какие из следующих препаратов вы будете применять для лечения социофобии?

1. Обратимые Ингибиторы МАО А.
2. Обратимые Ингибиторы МАО
3. Бензодиазепины.
4. Бета - блокаторы.
5. Ингибиторы реаптейка серотонина.
6. Нейролептики.

Комментарий после голосования

Единственные фармакологические вещества, которые оказали влияние на страдающих социофобией - ингибиторы МАО ЦНС - обратимые и необратимые.

Обсуждение вариантов

1. 3-ий вариант. Бензодиазепины не являются подходящими лекарствами для лечения социофобии, единственным возможным исключением является клоназепам, у которого также есть серотонинэргические эффекты. Это было установлено в ходе исследований с контрольным плацебо. В общем, есть попытки лечения социофобии бензодиазепинами, приводящие к опасности возникновения физической зависимости в результате длительной терапии. Наличие связи между социофобией и злоупотреблением алкоголя, также доказывает, что бензодиазепины не являются лучшим выбором для лечения этого расстройства.
2. 4-ый вариант. Бета - блокаторы не имеют влияния на механизмы, лежащие в основе возникновения социофобии. Однако, их можно использовать для того, чтобы уменьшить тремор, дрожь, тахикардию – симптомы, часто выявляемые у пациентов в социальных ситуациях.
3. 5-ый вариант. Более ранние исследования применения антидепрессантов (феварин), показали некоторую эффективность в лечении, но это должно быть подтверждено в широкомасштабных исследованиях.
4. 6-ой вариант. Нейролептики - не оказывает какого-либо выраженного эффекта при социофобии.

Слайд 13

Комментарии

Обратимые ингибиторы МАО являются новым классом лекарств, которые являются селективными для изофермента А МАО. Их действие широко изучалось при социофобии в трёх исследованиях, в которых было задействовано более 1000 пациентов. Эффективность оказалась достаточно хорошей, а частота относительно мягких побочных эффектов редкой.

Слайд 14

Комментарии

До недавнего времени ингибиторы МАО были наиболее изученными препаратами для лечения социофобии. Было доказано, что они являются очень эффективными, хотя у них есть большой недостаток в том, что они вызывают опасные побочные эффекты. Хотя эффективность необратимых и обратимых ингибиторов МАО сравнима, у обратимых частота и выраженность побочных эффектов намного ниже. Кроме того, они обладают селективным действием избирательно ингибируя подтип А МАО. Следовательно, обратимые ингибиторы МАО концентрируются на трансмиттерах, которые играют важную роль в возникновении социофобии.

Вопрос ИСГ

У вас пациент с социофобией и сильной депрессией. Какой препарат вы выберете?

1. ОИМАО
2. ИМАО
3. антидепрессанты
4. нейролептики
5. бензодиазепины
6. бета – блокаторы

Комментарии после голосования

Одной из главных проблем при лечении социофобии является высокая частота сопутствующих заболеваний. Как правило, предпочтительно лечить отдельным препаратом, который доказал свою эффективность для своего заболевания. В этом случае ИМАО и антидепрессанты подойдут.

Слайд № 14а

Комментарии

Многие люди, страдающие социофобией подвержены негативным мыслям, например, часто они думают, что провал в определённых социальных ситуациях неминуем. Когнитивная и бихевиоральная терапия может эффективно применяться для изменения этих убеждений. Применение этих психологических техник у пациентов с хорошей мотивацией может оказаться весьма эффективной по сравнению с адьювантной или альтернативной к фармакологическим видам терапии.

Слайд 14б

Слайд 14с

Комментарии

В опубликованном пособии по социофобии научное издательство ВПА даёт следующие рекомендации по лечению социофобии - читайте со слайда, или из руководства.

Вопрос ИСГ

Лечение социофобии должно длиться минимум

1. 3 месяца
2. 6 месяцев
3. 9 месяцев
4. 12 месяцев
5. 15 месяцев
6. 18 месяцев.

Комментарии после голосования

При беседе с пациентов важно подчеркнуть, что социофобия является хроническим состоянием, которое с большей вероятностью потребует длительного лечения. Даже спустя 6 месяцев лечения есть 50% шансов за возврат симптомов. По этой причине лекарственная терапия должна продолжаться, по крайней мере, год.

Слайд 15

Комментарии

Я хотел бы подытожить нашу презентацию, суммируя некоторые моменты. Надеюсь, что те факты, которые я представил вам сегодня, убедили вас, что

социофобия является серьёзным расстройством, которое вызывает широко распространённые стрессовые заболевания и нетрудоспособность. Я считаю, что наиболее важной является информация по диагностике и лечению. Она поможет вам идентифицировать и выявлять больных с социофобией и предлагать им наилучшую помощь.

Конец программы

Последний вопрос, подытоживающий программу и позволяющий выявить её эффективность.

Вопрос ИСГ

Как вы оцениваете этот семинар?

1. Стоящий.
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...
6. ...
7. ...
8. ...
9. Выдающийся

Презентация слайдов

Основной блок
+
мини-блоки

Презентация слайдов.

Эта глава направлена на тех, кто желает провести не интерактивную презентацию слайдов. Она содержит детальное описание о том, как представлять все слайды, находящиеся в главе 4. Представлены как основной блок, так и мини блоки с исчерпывающими комментариями для каждого слайда. Вы можете провести два вида презентации:

1. Для 30-ти минутной лекции со слайдами используйте основной блок.
2. Для 60-ти минутной лекции со слайдами используйте основной блок + 6 мини-блоков.

Конечно, дополнительные мини-блоки могут быть самостоятельно добавлены или извлечены по требованию публики. Например: мини модуль по биологии вполне подходит для аудитории, состоящей из специалистов, но вы можете его убрать при презентации для врачей общей практики.

Введение

Комментарии

Мы сегодня собрались здесь для того, чтобы поговорить об относительно недавно признанном психиатрическом состоянии, которое называется социофобия.

Большинство из вас слышали об этом состоянии, но наверняка не знают, что это такое. Некоторые из вас могут даже отрицать его существование.

Тем не менее, к окончанию нашего семинара, я надеюсь, у вас сложится определённое мнение об этом заболевании...

Слайд 1

...распространённое тревожное расстройство, которой является причиной многих дистрессов и нетрудоспособности. Важнее всего то, что это излечиваемое заболевание. Вы, как врачи, можете сделать многое в помощи лицам, страдающим этим расстройством.

Социофобия признана Всемирной Организацией Здравоохранения в Международной Классификации Болезней МКБ-10 и Американской Психиатрической Ассоциацией ДСМ-4, как широко распространённое тревожное расстройство.

Слайд 2

Комментарии

Последние европейские исследования оценили распространённость социофобией между 9,6% -16 %. Это, в общем, совпадает с исследованиями проведёнными в США - 13,3 %. Около 3% процентов населения США страдает социофобией всю свою жизнь.

Этот слайд также хорошо отражает разницу в диагностических критериях DSM и МКБ-10. Wacker и другие использовали оба критерия для исследования населения и получили довольно различные результаты.

Слайд 3

Комментарии

Характерное начало социофобии приходится на средний подростковый возраст – время, в котором существует наибольшая вероятность того, что социофобия причинит наибольший ущерб психологическому развитию, формированию человеческих взаимоотношений и становлению жизненных целей.

Помимо начала в раннем возрасте, для социофобии было выделено ещё несколько факторов риска. Она не является характерной для какой-нибудь расы или социального класса, однако, разрушительный эффект социофобии на образование пациента, работу и способность формировать взаимоотношения с другими людьми ведёт к тому, что наиболее часто она обнаруживается у одиноких людей с небольшими финансовыми средствами.

Последствия социофобии

Слайд 4

Комментарии

Социофобия это хроническое неремиттирующее расстройство, вызывающее нетрудоспособность, которая в свою очередь (при отсутствии лечения) является причиной высокого риска алкоголизации, склонности к наркотикам и суицидам. Её последствия вызывают серьёзные личностные нарушения у лиц, страдающих социофобией.

Слайд 4а

Комментарии

Социофобия причиняет экономические последствия не только страдающим этим заболеванием, но также и обществу в целом.

Этот слайд показывает, что хотя социофобия является плохо распознаваемым состоянием, она очень сильно влияет на расходы в сфере здравоохранения.

Основной вклад вносят сопутствующие социофобии заболевания. Это означает, что если пациенты не получают лечение изначального заболевания - социофобии, то они наверняка получат лечение заболевания, сопутствующего социофобии.

Слайд 4б

Комментарии

Другой вклад в экономические последствия социофобии вносят уменьшение способности страдающих социофобией к полноценному заработку средств и их зависимость от пособий. Лица с социофобией в большей степени, чем остальные люди склонны к злоупотреблению алкоголя. Ещё одно исследование показало высокий риск к совершению правонарушений у подростков, страдающих социофобией.

Слайд 5

Комментарии

Основной, главный вклад в эти заболевания, вызванные социофобией, и её стоимость обществу вносит злоупотребление алкоголя. Всемирная Ассоциация Здравоохранения оценила, что европейские страны потратили приблизительно 6,8% их валового национального продукта для того, чтобы справиться с проблемами, вызванными злоупотреблением алкоголя. То, что страдающие социофобией в два раза чаще имеют проблемы с алкоголем по сравнению с остальным населением, является важным экономическим фактором. У лиц, злоупотребляющих алкоголем в 9 раз выше вероятность, по сравнению с остальным населением, того, что они страдают социофобией.

Не распознано

Слайд 5а

Комментарии

Несмотря на тот факт, что социофобия является широко распространённым расстройством, оно очень редко диагностируется во врачебной практике. Для этого есть несколько причин:

1. Пациенты и доктора в одинаковой степени ориентированы на культуральное отношение к робости и застенчивости. Это приводит к неправильному выводу, что социофобия является просто выраженной чертой личности.
2. Пациенты могут избегать помощи в лечении своего расстройства по причине боязни метки психического заболевания. Также, в силу свойства своей социофобии они могут сильно тревожиться и волноваться по поводу встречи с незнакомыми людьми.
3. В конце концов, эффективное лечение стало доступным совсем недавно, поэтому пациенты вполне справедливо могли считать, что им не было смысла обращаться за профессиональной помощью.

Слайд 5б

Комментарии

То, что социофобия как дискретное клиническое заболевание было признано относительно недавно, означает, что многие врачи общей практики и медицинские работники, занятые в первичной помощи, до сих пор не знакомы с концепцией социофобией. Многие врачи общей практики до сих пор не знают диагностические критерии, по которым выставляется диагноз социофобии.

Высокая частота сопутствующих заболеваний при социофобии, также, осложняет диагностику. Симптомы социофобии часто маскируются под симптомами сопутствующих заболеваний. Такие защитные стратегии, как приём наркотиков и злоупотребление алкоголя может маскировать эти симптомы.

Презентация и диагностика

Слайд 6

Комментарии

МКБ-10 определяет социофобию как страх изучения другими людьми в относительно небольших группах (противопоставляется страху толпы). Люди, страдающие социофобией могут заходить слишком далеко, чтобы избежать ситуацию, в которой возникает страх. Если эту ситуацию нельзя избежать, то пациенты будут считать её для себя чрезмерным стрессом.

Слайд 7

Комментарии

Существует две формы социофобии.

3. Диффузная или генерализованная форма этого состояния характеризуется возникновением страха практически во всех социальных ситуациях вне семейного круга пациента.
4. При негенерализованной форме социофобии, страх возникает время от времени и относится к специфическим социальным ситуациям, таким как еда в присутствии других людей, выступления на публике или общение с противоположным полом.

Чтобы поставить диагноз социофобии страх должен быть сильным, вызывающим нетрудоспособность. Нормальную тревожность, которую мы все переживаем, выступая на публике нельзя квалифицировать как социофобию, хотя временами она может вызывать некоторый дискомфорт.

Слайд 8

Комментарии

На этом слайде указаны ситуации, которые наиболее часто вызывают симптомы социофобии. Когда пациент оказывается в ситуации, вызывающей у него страх, возникают типичные соматические симптомы тревоги - дрожь, потение, напряжение мышц, тянущее ощущение в желудке, сухость в горле, ощущение жара или холода в голове или головная боль. Страдающие социофобией могут в сильной степени избегать ситуации, в которых идёт проявление симптомов фобии. Порой, это избегающее поведение вызывает такую же нетрудоспособность, как и само заболевание, что в конечном итоге приводит к социальной изоляции.

Слайд 8а

Комментарии

Вы видите, что сопутствующие заболевания являются не исключением, а нормой для страдающих социофобией. Это значит, что диагноз не осложненной сопутствующими заболеваниями социофобии всегда указывает на необходимость более тщательного обследования больного для возможного выявления других психических нарушений.

Слайд 9

Комментарии

Для социофобии описан широкий спектр сопутствующих заболеваний. Он включает в себя (прочтите со слайда).

Слайд 9а

Комментарий

Значение этого высокого уровня сопутствующих заболеваний в том, что помимо усложнения диагностики, сопутствующие социофобии состояния драматически увеличивают последствия нетрудоспособности для пациентов с социофобией. В частности, страдающие осложнённой формой социофобии по сравнению с пациентами, болеющими неосложнённой формой, чаще совершают самоубийства.

Слайд 10

Комментарии

В 70% случаях, когда пациент страдает социофобией в сочетании с другими нарушениями, социофобия появилась первой.

Первичное появление социофобии указывает на то, что она инициирует другие нарушения. Следовательно, более раннее начало лечения социофобии может предотвратить появление сопутствующих нарушений и спасти пациентов от нетрудоспособности и стрессовых состояний.

Биологические основы социофобии

Слайд 10а

Комментарии

До того как мы начнём обсуждать лечение социофобии, я хотел бы сказать несколько слов о неврологических нарушениях, которые, как считается, могут привести к началу этого заболевания. Это может помочь мне объяснить биологические основы фармакологического лечения этого нарушения.

Механизмы, лежащие в основе возникновения социофобии до сих пор не ясны, однако нейроэндокринные исследования выявили нарушения в допаминергических, серотонинергических и норадренергических системах у пациентов. Исходя из этого, фармакологические средства, которые действуют на эти системы, являются препаратами выбора для лечения социофобии.

Семейные генетические исследования предложили влияние генетического компонента в развитии этого нарушения. Однако факт влияния генетики в развитии данного заболевания наравне с влиянием окружения пациента, является спорным.

Лечение

Слайд 11

Комментарии

Типичный пациент с социофобией как бы постепенно снижается по спирали заболевания. Неспособность овладеть социальными навыками в период взросления может привести к трудностям в получении образования и к проблемам в формировании взаимоотношений с окружающими. В более поздние годы у пациента возникают проблемы с выполнением его рабочих обязанностей. Усилия, направленные на то, чтобы справиться с заболеванием могут вести к появлению вредных защитных стратегий, таких как злоупотребление алкоголем или наркотиков.

В конце концов, возникает большая вероятность того, что человек, страдающий социофобией, уйдет в другие психические заболевания, такие как депрессия или агорафобия.

Итак, можем ли мы что-нибудь сделать для того, чтобы предотвратить эти последствия?

Конечно же. В последние годы стало ясно, что у врача есть набор психофармакологических и психосоциальных средств, которые могут эффективно предотвращать и нивелировать большинство нарушений вызываемых социофобией.

К сожалению, в настоящее время только около 25% пациентов, страдающих социофобией, когда-либо лечились по поводу социофобии. Значительно меньшее число получало доказанное эффективное лечение.

Слайд 12

Комментарии

Хотя проблеме социофобии в последние годы в печати уделяется больше внимания, всё равно сказывается нехватка знаний об этом состоянии. Многие страдающие социофобией не осознают, что их проблемы в жизни возникают в результате клинического заболевания. Поэтому они нуждаются в разъяснении того, что длительное лечение может им помочь. Продолжительное объяснение рациональности применения фармакотерапии может значительно изменить мнение пациента в более позитивную сторону.

Этот слайд показывает пять способов убеждения пациента в необходимости применения лекарства. Основная цель заключается в том, чтобы убедить пациента в том, что он страдает известным и признанным заболеванием, которое поддаётся испытанному, проверенному и кроме всего безопасному фармакологическому лечению.

Эти положения должны лечь в основу письменного контракта с пациентом.

Слайд 12а

Комментарии

Этот контракт с пациентом должен снова заверить пациента в том, что симптомы, которыми он страдает, расцениваются как проявление социофобии и что они поддаются лечению.

Должен быть обсуждён план лечения, а пациенту дана возможность развеять все сомнения и тревоги.

Важно не настраивать клиента на фальшивые и ложные ожидания. В контракте на лечение можно оговорить вопрос, сколько пациенту нужно ждать для улучшения

его состояния. В зависимости от симптомов это может быть от одного до двух месяцев.

Также, в контракте должно быть оговорено, что терапевт будет просматривать программу лечения в регулярные интервалы времени.

Комментарии

Единственные фармакологические вещества, которые оказали влияние на страдающих социофобией - ингибиторы МАО ЦНС - обратимые и необратимые.

Бензодиазепины не являются подходящими лекарствами для лечения социофобии, единственно возможным исключением является клоназепам, у которого также есть серотонинэргические эффекты. Это было установлено в ходе исследований с контрольным плацебо. В общем, есть попытки лечения социофобии бензодиазепинами, приводящие к опасности возникновения физической зависимости в результате длительной терапии. Наличие связи между социофобией и злоупотреблением алкоголя, также доказывает, что бензодиазепины не являются лучшим выбором для лечения этого расстройства.

Бета - блокаторы не имеют влияния на механизмы, лежащие в основе возникновения социофобии. Однако, их можно использовать для того, чтобы уменьшить тремор, дрожь, тахикардию – симптомы, часто выявляемые у пациентов в социальных ситуациях.

Более ранние исследования применения антидепрессантов (феварин), показали некоторую эффективность в лечении, но это должно быть подтверждено в широкомасштабных исследованиях.

Нейролептики - не оказывает какого-либо выраженного эффекта при социофобии.

Слайд 13

Комментарии

Обратимые ингибиторы МАО являются новым классом лекарств, которые являются селективными для изофермента А МАО. Их действие широко изучалось при социофобии в трёх исследованиях, в которых было задействовано более 1000 пациентов. Эффективность оказалась достаточно хорошей, а частота относительно мягких побочных эффектов редкой.

Слайд 14

Комментарии

До недавнего времени ингибиторы МАО были наиболее изученными препаратами для лечения социофобии. Было доказано, что они являются очень эффективными,

хотя у них есть большой недостаток в том, что они вызывают опасные побочные эффекты. Хотя эффективность необратимых и обратимых ингибиторов МАО сравнима, у обратимых частота и выраженность побочных эффектов намного ниже.

Кроме того, они обладают селективным действием избирательно ингибируя подтип А МАО. Следовательно, обратимые ингибиторы МАО концентрируются на трансмиттерах, которые играют важную роль в возникновении социофобии.

Независимо от того, какой вид лечения выбран, пациенту необходимо разъяснить, что социофобия является хроническим состоянием и лечение, скорее всего, будет длительным. Даже после 6-ти месяцев лечения существует 50 % вероятность обратного возвращения симптомов. Медикаментозная терапия должна проводиться не менее года.

Слайд № 14а

Комментарии

Многие люди, страдающие социофобией подвержены негативным мыслям, например, часто они думают, что провал в определённых социальных ситуациях неминуем. Когнитивная и бихевиоральная терапия может эффективно применяться для изменения этих убеждений. Применение этих психологических техник у пациентов с хорошей мотивацией может оказаться весьма эффективной по сравнению с адьювантной или альтернативной к фармакологическим видам терапии.

Слайд 14б

Слайд 14с

Комментарии

В опубликованном пособии по социофобии научное издательство ВПА даёт следующие рекомендации по лечению социофобии - читайте со слайда, или из руководства.

Слайд 15

Комментарии

Я хотел бы подытожить нашу презентацию, суммируя некоторые моменты. Надеюсь, что те факты, которые я представил вам сегодня, убедили вас, что социофобия является серьёзным расстройством, которое вызывает широко распространённые стрессовые заболевания и нетрудоспособность.

Я считаю, что наиболее важной является информация по диагностике и лечению. Она поможет вам идентифицировать и выявлять больных с социофобией и предлагать им наилучшую помощь.

Копии слайдов

Slide copies

.....

.....

Истории болезни

Пять изложенных историй болезни для ролевых игр

Изложение видеозаписей интервью с пациентами

Истории болезни

Эта глава содержит все необходимые инструменты для включения в ваш семинар ролевых игр и полного анализа историй болезни реальных пациентов.

Изложенные истории болезни описывают реальных пациентов. Они служат прекрасным материалом для проведения ролевых игр, что является необходимым элементом в структуре семинара. Это повысит активность участников, а также будет способствовать лучшему освоению материала.

Ведущий семинара играет роль пациента, в то время как один из участников занимает позицию врача. Его задача в том, чтобы распознать и диагностировать заболевание.

Эти упражнения направлены на достижение вполне определённых образовательных целей:

- Улучшение понимания участниками ключевых моментов: С этой целью, истории болезни пациентов для ролевых игр были отобраны самым тщательным образом.
- Практика проведения интервью пациента: Для врача всегда полезно иметь некоторый практический опыт работы с новым заболеванием, перед тем как внедрить его в свою повседневную практику. Социофобия является тонким и скрытым нарушением, чьи симптомы иногда очень трудно выявить. Практический опыт ролевых игр может помочь в развитии навыков опроса. Истории болезни достаточно интересны с точки зрения диагностического поиска.

Сопутствующие видеозаписи должны показывать реально существующих пациентов, рассказывающих о своём состоянии. Показ этих видеозаписей во время семинара направлен на стимулирование начала дискуссии по ключевым вопросам социофобии.

Эти ключевые моменты включают в себя следующее:

- Влияние социофобии на профессиональную жизнь пациента.
- Влияние социофобии на социальную жизнь пациента.
- Разнообразие симптомов тревоги, причиной которой является социофобия - дрожь, покраснение, потение и др.
- Связь между социофобией и злоупотреблением алкоголем и наркотиками.
- Страх быть изученными другими людьми.
- Низкая самооценка пациента.

История болезни №1

Рут, секретарь.

Рут - это 34-летняя секретарша, которая имеет пристрастие к алкоголю. Она начала употреблять алкоголь с 20-ти лет, чтобы лучше чувствовать себя на общественных собраниях.

«Я всегда так нервничаю, когда встречаю новых людей. Я начинаю дрожать и краснеть, что заставляет меня чувствовать менее уверенной и глупой, но достаточно сделать пару глотков, как все становится на свои места и я чувствую себя более уверенно».

Это эпизод тяжелейшего социального алкоголизма продолжался у неё до 24-х лет, когда Рут вышла замуж. В течение последующего времени она родила двоих детей и перестала употреблять алкоголь.

«Мне это было не нужно, так как я весь день сидела с детьми, и мы едва выбирались куда-либо по вечерам. Это мне полностью подходило».

Однако, отказ Рут выбираться куда-либо и приглашать знакомых мужа домой на ужин вскоре привел к напряжению в семейных отношениях.

«Я старалась быть более общительной, но это очень трудно. Несколько дней перед вечеринкой я всегда была очень нервная и раздражительная. Я раздражалась на мужа, и вскоре он перестал пытаться приглашать кого-либо к нам домой».

Рут имела только одну подругу и очень часто чувствовала себя одинокой и изолированной. В возрасте около 30-ти лет финансовое семейное положение стало весьма затруднительным, что вынудило её искать себе работу.

«Это было ужасно. Я была настолько в себе неуверенна, что начала опять пить для того, чтобы пойти на собеседование».

Вскоре она нашла работу секретаря в большой страховой компании. Однако, хождение на работу вскоре стало ежедневной пыткой.

«Я себя чувствовала покинутой и отверженной. Когда кто-либо ко мне обращался, я чувствовала себя неловко так, что начинала краснеть и дрожать».

Рут также сильно боялась своих начальников.

«Я чувствовала себя такой глупой и некомпетентной. Это было похоже на то, что я, как будто, всех обманывала и постоянно ожидала, что кто-нибудь обнаружит, что я бесполезная трусиха. Я поняла, что для того, чтобы дальше продолжать работать я должна каждое утро выпивать. Поэтому, в своей сумочке я постоянно носила с собой фляжку с виски».

Рут никогда не пила дома, и её муж даже не догадывался о проблемах жены. После нескольких безуспешных попыток бросить пить, Рут, в конечном итоге, решила обратиться за профессиональной помощью.

Диагностика

Хотя, первоначальная обеспокоенность Рут касалась её зависимости от алкоголя, корень её проблемы находился в страхе социальных ситуаций.

Её социальная тревожность значительно ограничивает общественную и профессиональную жизнь, и она подходила по диагностическим критериям к сильному страху социальных ситуаций, в которых могло произойти сильное смущение.

Диагноз: генерализованная социофобия с сопутствующей алкогольной зависимостью. История болезни предоставлена *Dr. Jean-Pierre Lépine, Hopital Fernand Widal, Paris, France*

История болезни № 2

Джон, помощник продавца

Джон является помощником продавца в очень известном магазине по продаже аудио-продукции. Ему 28 лет и он живёт один.

Джон описывает своё детство как счастливое и активное. Он всегда был налегке со своими сверстниками, и у него не было проблем в заведении новых знакомств.

Однако, в течение последнего года обучения в школе он начал чувствовать затруднения при общении в небольших социальных группах. Это сопровождалось

сильным покраснением и потением. Девушки его сторонились, и из-за страха общения он никогда никого не о чём не спрашивал.

Вечеринкам он предпочитал уединение дома с прослушиванием любимых мелодий.

После окончания школы он поступил в университет. Однако, ему очень сильно начала мешать общественная сторона жизни в университете, и он его бросил, не закончив даже первого года обучения.

В 20 лет он пошел работать помощником продавца в аудио магазин. Он хороший работник и у него нет проблем с покупателями.

«Музыка моя страсть и я знаю, что могу ответить на любой вопрос покупателя». Трудности заключаются в общении с коллегами по работе и начальником.

«Я чувствую себя неловко, когда не знаю, что сказать им в ответ. Я старался избегать свою начальницу настолько, насколько это возможно. Она кажется такой сильной и уверенной, что каждый раз заканчивая с ней разговор, я чувствовал, что сильно покраснел. Я очень сильно смущаюсь из-за этого».

Несколько раз Джон отказывался от возможности продвижения по службе по причине необходимости контакта с поставщиками и наблюдения за действиями других помощников продавцов.

«Я всегда боялся ответственности, поскольку она несёт в себе возможность критики, которую я не могу вынести».

У Джона есть несколько хороших знакомых мужчин, но у него никогда не было девушки. Всего лишь несколько раз он смог заставить себя пойти на вечеринку, где он не мог справиться со своим состоянием.

«Это всегда была катастрофа, я начинал сильно краснеть, пот ручьями стекал по мне и я вынужден был уходить в середине вечеринке, поскольку я не мог вынести того, что другие видели моё состояние».

Джон в итоге проконсультировался у семейного врача.

Диагноз:

генерализованная социофобия.

Его тревога напрямую связана с социальными ситуациями, а его страх является страхом подвергнуться критике со стороны окружающих. Его страхи были недостаточно сильны, чтобы сильно ограничить его профессиональную и социальную деятельность.

История болезни предоставлена: *Dr. Jean-Pierre Lépine, Hopital Fernand Widal, Paris, France*

История болезни № 3

Браун, бизнесмен

Браун - 40-летний бизнесмен, у которого с возраста 20-ти лет начались панические атаки. За последний год их частота увеличилась, и сейчас у него не менее одной сильной панической атаки в день. Эти панические атаки сопровождаются сильным головокружением, болью в груди, приливами жара и холода и выраженным ощущением того, что наступил конец света.

Эти панические атаки происходят спонтанно, они связаны с социальными ситуациями общения, например, презентация на работе.

У Брауна также развилась сильная агорафобия, которая сделала невозможным какие-либо путешествия, появились вторичные признаки депрессии в виде тоски и безнадёжности с ипохондрическими тенденциями по поводу панических атак.

В детстве у Брауна была социофобия, которая сильно мешала ему выступать перед классом. Эти симптомы длились долгое время, вплоть до возникновения панических атак.

После того, как Браун начал работать, он обнаружил, что не может проводить презентации, что послужило отказом от дальнейшего продвижения по службе.

История семьи Брауна может внести определённый вклад в исследование состояния Брауна.

«Один из моих братьев, также страдает паническими атаками, две сестры имеют довольно сильные навязчивости, мать страдала от депрессии, но она никогда по этому поводу не обращалась к врачам».

Браун здоров физически, он не пьёт, не курит и не принимает транквилизаторы, он даже избегает пить кофе.

Браун обратился к семейному доктору для психиатрической оценки. По шкале фобии Марк - Мэтью он охарактеризовал свой страх, как страх выступления на публике и по шкале социофобии набрал 12 баллов, что составляет более 50 процентов.

Кроме тревоги и мягких симптомов депрессии у Брауна нет других психических заболеваний.

Диагностика.

Из истории болезни Брауна понятно, что у него были симптомы социофобии, которые предшествовали появлению панических атак. Его страх социальных ситуаций начался ещё в школе и продолжался всю его взрослую жизнь. Его поведение избегания ограничивает его профессиональную и финансовую активность. У него классические признаки социофобии.

Но поскольку он начал испытывать спонтанные панические атаки, он подходит под критерии панического расстройства.

После начала панических атак у него развились симптомы депрессии и агорафобии. Хотя симптомы депрессии беспокоили, они не подходили под критерии депрессивных нарушений.

Поэтому выставлен диагноз социофобии с вторичными паническим расстройством и агорафобией.

История болезни предоставлена *Dr. David Bakish, Royal Ottawa Hospital, Canada*

История болезни №4

Дрожащая Мери

Мери - 35-летняя секретарша, которая испытывает дрожь в руках на протяжении 20-ти лет. Впервые эта дрожь возникла у неё в детстве, когда ребёнком она помогала своим родителям в ресторане.

«Там было много молодых работников фермы, которые часто дразнили меня, подшучивали надо мной в то время, когда я накрывала на стол».

Родители Мери переехали в деревню из города после того, как у них возникли финансовые трудности. Из-за этих проблем между отцом и матерью на финансовой почве часто были ссоры.

«Маленькой я часто плакала от сознания того, что моя семья была бедная».

Мери характеризовала себя как замкнутую и робкую, застенчивую.

«Сколько я себя помню, у меня всегда была низкая самооценка».

Она всегда избегала принимать пищу в присутствии других людей и избегала новых знакомств. Она понимала, что её страх преувеличен и беспричинен. После окончания средней школы, Мери училась на официантку, думая, что это поможет преодолеть её дрожь. Во время учёбы Мери встретила 29-ти летнего экономиста, который в отличие от неё был весьма самоуверенным. Однако, её друг был очень чувствителен к шуму. Они никогда не посещали ресторанов, так как Мери дрожала, а её друг не выносил шума. Иногда они вместе путешествовали, но во время путешествий они также не посещали ресторанов.

Эти отношения продолжались в течение 11 лет. За это время Мери успела изучить несколько иностранных языков и устроиться секретаршей в большой компании, где она работала к удовлетворению своего босса неплохо.

Однако, она никогда не ходила в кафетерий на ленч, потому что избегала присутствия других людей.

В силу того, что она неплохо справлялась со своими обязанностями, ей вскоре предложили продвижение по службе на должность, которая требовала от неё присутствия на больших собраниях, что было для неё просто не выносимо. На одном из таких мероприятий с ней случился обморок.

Это послужило поводом обращения за медицинской помощью, что в конечном итоге привело её к психиатру.

При обследовании, выяснилось, что дрожь у Мери появлялась только в присутствии других людей, когда она думала, что эти люди её изучают.

Кроме легкого депрессивного настроения у неё не было выявлено других психопатологических симптомов.

Диагноз

У Мери обнаруживаются все критерии социофобии. У неё сохраняется устойчивый страх некоторых социальных ситуаций, в которых она подвергается изучению со стороны других людей.

Она понимает и осознаёт, что этот страх преувеличен и беспричинен и она избегает ситуаций, в которых появляется этот страх. Однако, она долгое время могла неплохо функционировать благодаря симбиотическим отношениям с её другом, который не страдал в подобных ситуациях и обеспечивал её психологическую защиту.

История болезни предоставлена *Prof Heinz Katschnig, University of Vienna, Austria.*

История болезни № 5

Том водопроводчик

Том 20-летний водопроводчик. Он испытывает затруднения в общении с другими людьми, с которыми Том может говорить только тихим голосом. При этом он сильно потеет и у него возникает сильный спазм в шее. Во время занятий по французскому языку он садился за первую парту, чтобы во время ответа его слышал только учитель.

Сколько Том себя помнит, он избегал говорить перед другими людьми, и даже в кругу своей семьи он считался робким человеком. В детстве у него было мало друзей, и он избегал новых знакомств.

Несмотря на это он окончил школу и стал отличным водопроводчиком. Однако, начав работать, он столкнулся с этими проблемами, которые вышли на первое место.

«Я никогда не могу сказать «нет» на требования других людей. Я часто чувствую, что меня эксплуатируют на работе и по этой причине уверен, что мои коллеги надо мной смеются».

В течение последних 2-х лет Том учился преодолевать проблемы на работе и отдыхе, используя алкоголь. По этой причине Том потерял права за вождение в нетрезвом виде. Его социальная жизнь включала в себя посещение дискотек и баров, где он выпивал.

«Я предпочитаю дискотеку, где громкая музыка избавляет меня от необходимости что-то говорить. Многие мои знакомые вообще не догадывались, что у меня есть какие-то проблемы».

Несколько недель назад у Тома появилась девушка. Он вначале пытался скрывать от неё свои проблемы, но затем признался ей в своей проблеме речи. Она уговорила его обратиться за профессиональной помощью. Некоторое время он консультировался в отделе поведенческой терапии.

Диагноз

Том имеет достаточно длительную историю своего заболевания. Он избегал тех ситуаций, в которых ему нужно было что-нибудь говорить. И использовал алкоголь, с целью уменьшения страха этих сттуаций.

Диагноз социофобии с сопутствующим злоупотреблением алкоголя.

История предоставлена *Prof. Heinz Katschnig, University of Vienna, Austria*

Изложение видеозаписей интервью с пациентами, страдающими социофобией.

Стефан 35 лет, медбрат

Консультант: Вначале, я хотел бы выяснить, когда вы впервые заметили, что у вас что-то не в порядке со здоровьем, и что именно вы тогда заметили?

Стефан: Это началось, когда мне было 18 лет. Я тогда начал работать и стал замечать, что при общении с людьми я сильно краснел. Я работал в гостинице и был вовлечен в регулярные, повседневные встречи с людьми, при которых я ужасно краснел. В некоторых случаях в моей голове крутилась мысль, о том, что я ужасно красный. Это вызывало желание поскорее убраться. Даже если я случайно встречался со знакомыми на улице, я всегда чувствовал, как я краснею.

Консультант: Замечали ли вы другие симптомы кроме покраснения?

Стефан: У меня сильно стучало сердце и начиналось урчание в желудке.

Консультант: О чём вы думали в то время, когда вы краснели?

Стефан: О том, что я красный.

Консультант: Хорошо.

Стефан: Я знал, что другие люди видят, насколько я красный и поэтому я хотел поскорее уйти.

Консультант: Есть ли другие ситуации, в которых у вас возникали эти же симптомы?

Стефан: Когда я разговариваю с начальником или с незнакомыми людьми.

Консультант: Не могли бы вы мне рассказать, как это отразилось на вашей жизни в последние годы?

Стефан: Всё покатило к чёрту. Были упущены прекрасные возможности для карьерного роста. Как я уже говорил, ранее я работал в гостиничном бизнесе. Дошёл до должности отель-менеджера, однако всякий раз, когда мне приходилось отдавать людям приказания, даже самые пустяковые я сильно краснел. В конце концов, я был вынужден бросить эту работу, так как в итоге я начал со своими коллегами говорить паническим голосом, что выглядело совсем по-дурацки.

Консультант: Хорошо.

Стефан: Я не мог вести беседу с моим боссом, управляющим отелем, вследствие того, что я сразу сильно краснел. Однажды, в самолёте я был вынужден пройти по коридору между креслами, в которых сидели другие пассажиры. Они смотрели на меня так, что я сильно покраснел, и вернулся обратно на своё место весь мокрый от пота.

Консультант: Можете ли вы мне рассказать другие виды ситуаций, которые вы предпочитали избегать?

Стефан: Я очень редко избегаю ситуаций.

Консультант: Вы предпочитаете действовать, хотя чувствуете себя некомфортно.

Стефан: Можно сказать так.

Консультант: Очень часто люди, чтобы справиться с подобными симптомами прибегали к алкоголю. Замечали ли вы у себя подобные тенденции?

Стефан: Я знаю, что алкоголь действительно помогает. Я очень редко пью дома, но обнаружил, что если я иду на ночную дискотеку или собираюсь куда-нибудь выбраться, то, приняв несколько рюмок, я чувствую себя менее напряжённым и скованным. Я себя не изолирую, у меня есть общественная жизнь и друзья, с которыми я могу выпить.

Консультант: Если вы дома один, чувствуете ли вы эти симптомы?

Стефан: Нет, я чувствую себя в безопасности, когда я нахожусь один дома.

Барт 43 года, менеджер.

Барт: Я боюсь не оправдать надежд людей, которые меня окружают. Я хочу им понравиться настолько, насколько это возможно. Я хочу хорошо выполнять свою работу. Корни этого уходят в моё воспитание. У меня были очень требовательные родители, а я был всегда хорошим мальчиком. Я был любимым сыном у матери и не мог подвести её надежд и ожиданий относительно меня и моего будущего. Я старался всегда наилучшим образом соответствовать ожиданиям своих учителей и начальников и сейчас в глазах своих начальников я хочу действовать самым эффективным образом.

Консультант: Можете ли вы припомнить, когда это всё началось?

Барт: Мне было 26 - 27 лет. Я тогда пошёл к своему страховому агенту, который предложил мне чашку кофе. С этой чашки, по-моему, всё и началось. У меня, когда я брал эту чашку, задрожали руки, и он это увидел. Он спросил тогда: «У нас есть какие-то проблемы?» На что я ответил следующее: "Нет, просто я занимался тяжелой работой, перетрудил мышцы вот они и дрожат". Но это было неправда. Я был вынужден пойти на эту ложь.

Консультант: Есть ли у вас в запасе ещё какие-нибудь трюки?

Барт: Да. По работе я часто захожу к своему снабженцу, который также любит угощать меня чашкой кофе. Он любит подолгу сидеть на одном месте, и когда он на меня смотрит, я не могу взять со стола эту проклятую чашку. Тогда я прибегаю к следующему трюку - я говорю ему: "Какая у вас интересная картина висит на

стене. Где вы её купили?". И в то время, когда он поворачивается, чтобы взглянуть на картину я беру со стола чашку с кофе. Мне намного легче её просто удерживать возле рта, и когда он обратно поворачивается ко мне, я уже немного себя контролирую.

Консультант: Ваша проблема в том, что у вас дрожь или в том, что другие люди могут её увидеть?

Барт: Я очень легко смущаюсь, когда люди видят, что я дрожу. Они, конечно, спрашивают себя: "Что происходит с этим человеком?" Я всегда нервничал, когда нужно было встречаться с людьми, особенно, по работе. У меня тогда сильно начинали потеть руки и ещё они становились холодными. Из-за этого мне было стыдно пожать кому-либо руку. Я являюсь менеджером компании по импорту древесины. Раз в год мне нужно отчитываться перед другими акционерами. Это ужасный день в моей жизни. В этот день я сижу за круглым столом в присутствии двенадцати акционеров, которым я должен докладывать о ходе дел компании. Передо мной стоит на столе чашка с кофе, и двенадцать пар глаз неотрывно следят за моими действиями. Я упустил много прекрасных возможностей, которые предоставляла мне моя работа. У меня международный бизнес и много международных контактов. Люди часто приглашали меня в частом порядке принять участие в той или иной бизнес встрече. Я всегда отказывался от подобных приглашений под выдуманном предлогом, когда как настоящая причина было в том, что боялся того, что другие люди увидят мою дрожь.

Консультант: Вы можете представить себя и свою жизнь без дрожи?

Барт: Да, я могу себе это представить. Это чудесная мечта - справляться со своей работой без неё.

Крис, 30 лет, тюремный надзиратель.

Крис: Я женат 6 недель и имею дочь от другой девушки. Вся моя жизнь - это сплошная каша и мешанина. Я постоянно пил, не осознавая того факта, что это из-за того, что мне надо было встречаться с большим количеством людей.

Консультант: Это являлось причиной того, что вы пили?

Крис: Да, поскольку это значительно расслабляло меня. Я говорил себе, что рюмка - это просто рюмка, которая освободит меня от клетки. А две и три рюмки - и я снова становлюсь самим собой, эдаким общительным и интересным собеседником. Тогда мысли и чувства соответствуют тому, что я говорю и делаю. В действительности я веду разговор о предметах, которые я мало знаю. Но это по причине алкоголя. Я не знаю, следует ли мне это говорить, но я читаю лекции для алкоголиков. Я чувствую, что могу хорошо говорить по существу проблемы. Но это только потому, что я немного выпиваю перед лекцией. Тогда я чувствую себя на высоте, говорю бегло и могу замечательно провести лекцию. Но если я пред этим не выпью, то всё будет скомкано.

Консультант: Пришлось ли вам сегодня выпить, чтобы прийти сюда?

Крис: Да, я должен признаться в том, что незадолго до интервью я выпил. Это позволило мне расслабиться и сейчас я чувствую себя довольно-таки комфортно, хотя немного нервничаю. Я думаю, что средство оправдывает конечный результат. Если бы я накануне не выпил, то сейчас бы был настолько зажат, что вам вряд ли удалось бы что-нибудь из меня вытянуть.

Консультант: Какие у вас проблемы на сегодняшний день?

Крис: Если со мной в помещении находятся сразу 2-3 человека, то я становлюсь нервным, у меня появляется сильное напряжение и скованность, начинает сводить желудок.

Консультант: Вы краснеете?

Крис: Да, особенно когда на меня кто-нибудь смотрит. Я считаю, что самый сильный мой страх, это страх когда на меня кто-нибудь смотрит и изучает.

Консультант: Хорошо.

Крис: Также, я очень боюсь начальства. Оно по какой-то причине постоянно срывает на мне зло. Если я разговариваю с каким-нибудь начальником, я начинаю краснеть, нервничать и теряю уверенность в себе.

Консультант: Какие ситуации на работе являются особенно трудными?

Крис: Одной из самых худших вещей является дежурство по столовой. Вы стоите над горячей посудой, а все 470 заключённых одновременно обслуживаются. Со мной находится только один офицер на расстоянии 10 метров. Я боюсь не физического нападения, а того, что может произойти какой-либо инцидент, который привлечёт ко мне внимание всех заключённых.

Консультант: Вы когда-нибудь обращались за профессиональной помощью?

Крис: Нет. Я даже не догадывался, что в медицине известны такие состояния. Я случайно узнал об этом из газеты.

Консультант: Можете ли вы вспомнить, что из прочитанного вами, действительно подошло вам?

Крис: Да, это была описанная ситуация в той газете, где людям страшно расплачиваться в кассах супермаркета из-за того, что на них в это время все смотрят. Это полностью подходит ко мне. Как я уже говорил, я не застенчивый и не робкий человек, и со своими проблемами я справлялся с помощью алкоголя. Это позволяло мне быть более общительным и раскованным.

Клер, 29 лет, домохозяйка.

Клер: Это всё началось, когда мне было 17 лет, и я работала агентом по оценке недвижимости. Однажды во время конференции мне надо было внести поднос с кофе директору. Я начала тогда дрожать и мне стало казаться, что я разрываюсь на части. Я всё-таки сумела внести этот поднос и выйти. Но когда я вышла и прислонилась к стене, я почувствовала, как сильно бьётся моё сердце, и как пересохло у меня во рту. Я дрожала абсолютно вся, с головы до ног.

Консультант: Вы тогда вспотели, Клер?

Клер: Да, да и очень сильно.

Консультант: Вы покраснели?

Клер: Я не уверена, что покраснела.

Консультант: В какие магазины вам трудно ходить?

Клер: В общем-то, ни в какие. Мне сложно просить что-либо у продавца, особенно, если я до этого стояла в очереди. Я не могу стоять в очередях. Как только я становлюсь в очередь за чем-либо в магазине, в банке или просто на автобусной остановке - я сразу начинаю дрожать.

Консультант: Вы можете делать записи в присутствии других людей?

Клер: Однажды, когда я зашла в магазин и при расплате стала выписывать чек, у меня так сильно задрожала рука, что я не смогла его выписать.

Консультант: Вы можете принимать пищу в присутствии других людей?

Клер: Я всегда чувствую себя при этом очень смущенной.

Консультант: Как насчёт вождения?

Клер: Если кто-нибудь просит меня подбросить его куда-либо, то я не могу выполнить эту просьбу, поскольку мне будет казаться, что этот человек всё время будет смотреть на меня.

Консультант: Можете ли вы самостоятельно водить машину?

Клер: Да.

Консультант: Что вы чувствуете, когда вы находитесь в какой-либо группе?

Клер: Для меня очень трудно говорить в группе, я сильно смущаюсь и теряюсь.

Консультант: Были ли у вас беспричинные панические атаки?

Клер: Нет, нет.

Консультант: Какой эффект это оказало на вашу семейную и общественную жизнь?"

Клер: Я не имею друзей, и я нахожу это весьма тяжёлым переживанием.

Консультант: Насколько сильно это повлияло на вашу жизнь?

Клер: Это было ужасно. Если бы я осталась на своей первой работе я могла бы получить продвижение. Я могла бы поступить в колледж и добиться многого в жизни. Я постоянно чувствую, как много я упустила.

Выражение благодарности

Видеозаписи предоставлены Fusion Communications Limited для E Hoffmann-La Roche.

Создатели этой программы выражают свою благодарность следующим докторам:

Professor David Nutt

Psychopharmacology Unit

University of Bristol

Dr Irene van Vliet

Divisie Psychiatrie
University Hospital, Utrecht
Dr Frank O'Donoghue
Department of Behaviour Therapy
St Patrick's Hospital, Dublin

Мы также желаем отблагодарить Dr Caroline Bell, Psychopharmacology Unit,
University of Bristol за её помощь в напечатании этих историй болезни.