

Soziale Phobie als komorbide Störung bei Abhängigkeitserkrankungen

■ S. Begré, D. Ladewig

Psychiatrische Universitätsklinik Basel

Summary

Begré S, Ladewig D. Social phobia as comorbid disorder in substance abuse disorders. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2000;151:93–99.

Since the 80ies the influence of comorbid disorders on the outcome of drug dependence (McLellan et al., 1983; Rounsaville et al., 1986a and 1987; Woody et al., 1984; Lyons and McGovern, 1989) and their costs (Dickey and Azeni, 1996) has been known. Though social phobia is a disorder with an incidence relatively early in life, we suppose a corresponding effect on the onset, course, prognosis and possibilities of therapy in substance abuse disorder. In the present paper we shall try to examine these contexts more closely.

Keywords: social phobia; comorbidity; substance abuse disorder

Zusammenfassung

Bereits in den 80er Jahren war bekannt, dass komorbide Störungen den Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung (McLellan et al., 1983; Rounsaville et al., 1986a und 1987; Woody et al., 1984; Lyons und McGovern, 1989) und die Therapiekosten wesentlich beeinflussen (Dickey und Azeni, 1996). Da die soziale Phobie eine Krankheit darstellt, die in der Regel relativ früh im Verlaufe des Lebens auftritt, muss eine entsprechende Wirkung auf den Beginn, den Verlauf, die Prognose sowie die Therapiemöglichkeiten einer Abhängigkeitserkrankung angenommen werden. Im vorliegenden Artikel soll versucht werden, diesen Zusammenhängen nachzugehen.

Schlüsselwörter: soziale Phobie; Komorbidität; Störungen durch psychotrope Substanzen

Einleitung

Gemäss Alvan Feinstein verstehen wir unter *Komorbidität* das gleichzeitige Vorliegen von zwei oder mehreren klinischen Störungen einer Person (Feinstein, 1970). Unter den Angststörungen ist die soziale Phobie generell die am wenigsten erforschte und offenbar am meisten missverständene Entität (Judd, 1994). Bereits Marks und Gelder sahen als Kernstück der Störung die subjektive Angst, im Beisein anderer lächerlich zu wirken (Marks und Gelder, 1966). Liebowitz und Kollegen verdeutlichen, dass sich die soziale Phobie im Gegensatz zur Angst bei Panikstörungen oder Agoraphobien nur auf die Angst vor prüfender Betrachtung und Bewertung durch andere bezieht (Liebowitz et al., 1985). Schon Hippocrates hat wohl einen Patienten mit sozialer Phobie therapiert. So berichtet Robert Burten in «Anatomy of Melancholy» von einem der Patienten Hippocrates', «... der wegen Scheuheit, Misstrauen und Aengstlichkeit nie andernorts gesehen werde, gerne in der Dunkelheit lebe, weder das Licht ertrage noch an hellen Plätzen sitzen könne, seinen Hut immer in die Stirn gezogen habe, weder jemanden sehen, noch gesehen werden wolle, sich nicht in Gesellschaft traue aus Furcht, er könnte fehl am Platz, unbeholfen in Gesten und im Sprechen oder krank sein und der denke, dass jedermann ihn beobachte» (Burten, 1845).

Im folgenden soll nach einer Kasuistik ein Überblick über Prävalenz, Ätiologie, Pathogenesen, Verlauf, Prognose und Therapie dieser Störung sowie deren Einfluss auf andere, gleichzeitig vorliegende psychiatrische Entitäten mit Schwergewicht auf die Substanzenabhängigkeit dargestellt werden.

Fallbeschreibung

Der 34jährige Patient wuchs bis 13jährig als Einzelkind bei der Mutter auf, nachdem sich die Eltern in seiner frühesten Kindheit getrennt hatten. Kontakte zum Vater bestanden kaum bis

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Dieter Ladewig
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4025 Basel

13jährig, als der Patient wegen Auseinandersetzungen mit seiner Mutter zum ihm zog. Ein Jahr später begann er Haschisch zu rauchen, probierte 15jährig erstmals Heroin, dessen Konsum er in der Folge auf täglich 1/2 g i.v. steigerte und zusätzlich täglich 1/2 g Kokain zu injizieren begann. Nach einer 2jährigen, stationären Entzugsbehandlung im Ausland wurde er wieder rückfällig. Drei ambulante Entzüge blieben erfolglos. 20jährig meldete er sich kurz vor einer Ausbildung als Gebäudereiniger bei einer Suchtberatungsstelle zur Aufnahme in ein Methadonprogramm. Im weiteren Verlauf berichtete er, dass er sich als scheues, ängstlich-gehemmtes Kind unter seinen Mitschülern erlebt habe, deshalb ohne Freunde geblieben sei, sich kaum zu verbalisieren gewagt und seine Freizeit deshalb zurückgezogen in seinem Zimmer erlebt habe. Oft habe er es später vermieden, die Strassenbahn zu benützen oder sei in einen leeren Wagen eingestiegen. In der Methadonabgabestelle sah man ihn oft in beobachtender Distanz warten, um in einem Moment der Abwesenheit anderer Klienten schnell seine Dosis beziehen zu können. Blickkontakte vermied er in Gesprächen. Selber berichtete er über vegetative Symptome wie Herzklopfen, Zittern, Erröten und Schwitzen bei sozialen Begegnungen, Sprechen mit Fremden oder Autoritätspersonen, ebenfalls bei alltäglichen Verrichtungen unter Beobachtung, was alles auch von den Betreuern objektiviert werden konnte. Die Rekrutenschule sowie eine vorübergehende Anstellung als Zugverkäufer bei der Speisewagengesellschaft der SBB konnte er nur absolvieren, indem er heimlich hohe Dosen von Opiaten, Benzodiazepinen, Kokain und Alkohol konsumierte, was seine depressiven Verstimmungen, die intermittierende Antriebschwäche wie auch Gedanken des Lebensüberdrusses und der Hoffnungslosigkeit gelindert habe. Neben der Substanzabhängigkeit (F 19) wurde eine soziale Phobie (F 40.1) mit intermittierend depressiven Episoden diagnostiziert, eine entsprechende Fokussierung dieser Störung in der psychotherapeutischen Begleitung im Methadonprogramm gelegt und eine Behandlung mit SSRIs begonnen, was bisher zu einer erfreulichen Stabilisierung der Abhängigkeit, zu einer Aufhellung der depressiven Symptomatik wie auch zu einer leichten Verbesserung der sozialen Ängste geführt hat.

Diagnose

In Anlehnung an das DSM-III-R definierten Davidson und Kollegen die soziale Phobie als

vegetative Angstsymptomatik mit Erröten, Zittern, Herzklopfen und Schwitzen, die bei öffentlichem, Sprechen mit Autoritätspersonen oder Fremden, bei gesellschaftlichen Ereignissen, bei Kritik durch andere, in peinlichen Situationen oder bei beobachteten Tätigkeiten auftritt und zu Vermeidungsverhalten in diesen Situationen führt (Davidson et al., 1991). Auch das DSM-IV sowie die ICD-10 enthalten eine ähnliche Beschreibung dieser Störung. Die Hauptmerkmale sind eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen oder Leistungssituationen, in denen Peinlichkeiten auftreten können. Die Konfrontation mit der entsprechenden Gegebenheit löst fast immer eine unmittelbare Angstreaktion aus, die sich manchmal bis hin zur Panikattacke ausweiten kann, das Individuum empfindet seine Angst als übertrieben oder unbegründet und die dazugehörigen sozialen Umstände werden gemieden. Das Vollbild einer sozialen Phobie mit phobischer Angst vor den meisten sozialen Situationen darf nicht verwechselt werden mit dem Vermeiden von bestimmten Situationen, die normalerweise Unbehagen erzeugen. Auch die bei vielen Personen bestehende «normale» Angst vor öffentlichem Auftreten allein rechtfertigt nicht die Diagnose der sozialen Phobie. Differentialdiagnostisch müssen insbesondere Panikstörungen, Agoraphobien, die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, eine Depression und nur «Scheuheit» als Persönlichkeitsmerkmal erwogen werden.

Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz der sozialen Phobie bei Behandlungssuchenden anhand klinischer Interviews aufgrund der DSM-III-R-Kriterien liegt in den USA um 13,3% (National Comorbidity Survey Study: Kessler et al., 1994); Frauen sind häufiger davon betroffen (15,5 vs. 11,1%). Die Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung beläuft sich in klinischen Interviews auf 2,73%, basierend auf den älteren DSM-III-Kriterien (Epidemiologic Catchment Area Study: Schneier et al., 1992; Davidson et al., 1994; Wells et al., 1994). In Kanada ermittelte Stein anhand zufällig ausgewählter Telefoninterviews Zahlen zwischen 1,9 und 18,7%, je nach Enge der Krankheitsdefinition (Tab. 1) (Stein et al., 1994).

Es handelt sich damit um eine ziemlich häufige Störung. Die Diagnose wird im allgemeinen zu selten gestellt (Bisserbe et al., 1996; Clark et al., 1995). Einerseits ist die Störung bei den Grundversorgern bisher wenig bekannt, andererseits suchen angeblich 80% der Betroffenen generell

Tabelle 1 Prävalenzen der sozialen Phobie.

	lebenslang	12 Monate	Bemerkungen
<i>Epidemiologic Catchment Area</i> (Schneier, Davidson, Wells)	gesamt 2,73% Frauen 2,91% Männer 2,53%		– DSM-III – Allgemeinbevölkerung – diagnostisches Interview
<i>National Comorbidity Survey</i> (Kessler, Magee)	gesamt 13,3% Frauen 15,5% Männer 11,1%	gesamt 7,9% Frauen 9,1% Männer 6,6%	– DSM-III-R – Behandlungssuchende – diagnostisches Interview
<i>Winnipeg Area Study</i> (Stein)	gesamt 7,1% (1,9–18,7% je nach Kriterien)		– DSM-III-R – Allgemeinbevölkerung – Telefoninterviews

keinen Therapeuten auf (Marshall, 1994). Bei Suchtkranken im speziellen mag es hierfür zusätzliche Gründe geben. Neben der gemeinhin fehlenden Gewohnheit zur Diagnosestellung spielt insbesondere bei Abhängigen auch die Malcompliance der Patienten eine Rolle, mit häufigem Fernbleiben von Terminen, wiederholten Intoxikationen und der daraus resultierenden Unmöglichkeit einer adäquaten Anamneseerhebung zum Zeitpunkt oftmals überraschender und dringlicher Konsultationen. Hinzu kommt die fehlende Störungswahrnehmung beim intoxikierten Patienten. Grenyer und Kollegen sprechen dagegen von 1/4 aller Patienten in einer australischen Drogenberatungsstelle, die unter sozialen Ängsten leiden, ohne allerdings das Vollbild einer sozialen Phobie zu diagnostizieren (Grenyer et al., 1992).

Komorbidität

Epidemiologische, aber auch klinische Studien zeigen eine hohe Komorbidität der sozialen Phobie mit bestimmten anderen Erkrankungen. Patienten mit sozialer Phobie scheinen zur Entwicklung weiterer psychiatrischer Störungen zu disponieren (Ward et al., 1992; Van Ameringen et al., 1991). In der ECA-Studie wiesen nur 29% (Schneier et al.,

1992), in der NCS nur 19% eine ausschliessliche soziale Phobie ohne weitere Diagnose auf (Magee et al., 1996). Insgesamt ist die soziale Phobie vor allem stark assoziiert mit anderen Angststörungen, affektiven Störungen sowie mit Substanzenabhängigkeit (Lepine und Lellouch, 1995). Der tatsächliche Anteil an Patienten mit zusätzlicher sozialer Phobie und Abhängigkeit ist wegen der erschwerten Diagnosestellung bei Abhängigen schwer abschätzbar. So können erst nach einer gewissen Erholung der Suchterkrankung Begleitstörungen wie eine soziale Phobie sicher diagnostiziert werden. Obwohl die soziale Phobie mit Ausnahme der einfachen Phobie in der Regel anderen Störungen vorausgeht (Benjamin et al., 1990), finden sich in der Literatur nur zwei systematische Studien mit strukturierten Interviews, die ausgehend von der sozialen Phobie nach komorbiden Störungen gesucht haben (Tab. 2) (Van Ameringen et al., 1991; Schneier et al., 1989).

Auch aus mehreren grösseren epidemiologischen Studien ist ersichtlich, dass vor allem andere Angststörungen, affektive Störungen und Abhängigkeitserkrankungen mit sozialer Phobie vergesellschaftet sind (Tab. 3).

Zahlreiche Autoren haben enge Zusammenhänge in der Häufigkeit sozialer Phobie und gleichzeitig vorliegendem Alkoholmissbrauch und -ab-

Tabelle 2 Komorbidität Indexerkrankung «soziale Phobie» (strukturierte Interviews).

komorbide Störung (prozentual)	Van Ameringen et al. 1991 (in Therapie)	Schneier et al. 1992 (Gesamtbevölkerung)
Major depression	70%	17%
Dysthymia	32%	13%
Panikstörung	49%	5%
generalisierte Angststörung	32%	–
Zwangsstörung	11%	11%
Alkoholabhängigkeit	28%	19%
andere Substanzenabhängigkeit	16%	13%

Tabelle 3 Komorbidität Indexerkrankung «soziale Phobie» (epidemiologische Studien) (Odds ratios).

komorbide Störung	Canino et al. (1987)	Schneier et al. (1992)	Davidson et al. (1993)	Angst (1993)	Lepine und Pelissolo (1996)	Magee et al. (1996)
einfache Phobie	–	9,2	8,3	5,8	M9,4/F3,5	7,7
Agoraphobie	–	11,8	12,1	16,7	M1,4/F5,1	7,1
Panikstörung	–	3,2	10,6	3,1	M29,0/F3,8	4,8
generelle Angststörung	–	–	4,2	5,8	M6,2/F3,2	3,8
posttraumatische Belastung	–	–	8,4	–	–	2,7
Zwangsstörung	–	4,4	8,3	–	–	–
Major depression	18,1	4,3	6,8	2,8	M12,5/F2,7	3,7
Dysthymie	4,9	4,4	–	3,4	–	3,1
Alkoholabhängigkeit	–	2,2	–	3,5	–	2,2
Drogenabhängigkeit	–	2,9	2,2	2,1	–	2,6

hängigkeit festgestellt (Clark und Sayette, 1993; Clark et al., 1995; Kessler et al., 1997). Patienten mit sozialer Phobie sind mehr als 2mal häufiger alkoholabhängig, umgekehrt haben Personen mit Alkoholabhängigkeit 9mal häufiger eine soziale Phobie als Nichtalkoholiker (Marshall, 1994). Auch Merikangas stellt bei 65–85% der Alkoholabhängigen eine vorausgehende soziale Phobie fest (Merikangas und Angst, 1995).

DeWit sieht in dieser Störung sogar einen möglichen Mediator in der Entstehung und Beeinflussung von Drogenerkrankungen (DeWit, 1998). Demnach sollen sich ungünstige Lebensereignisse in der Kindheit mit daraus resultierender sozialer Phobie besonders ungünstig auf die Häufigkeit der Entstehung einer späteren Suchterkrankung auswirken (DeWit et al., 1997; DeWit, 1998).

Ätiologie und Pathogenese

Über Ursachen und Entstehung der sozialen Phobie ist nur wenig bekannt. Früher wurde diese Störung oft als Lampenfieber oder extreme «Scheuheit» verkannt, während sie heute als ernste seelische Erkrankung verstanden wird, die zu schwerer sozialer und beruflicher Beeinträchtigung führt (Hirschfeld, 1995). Familien- und Zwillingsstudien zeigen auf, dass bei einem Teil der Patienten die Störung familiär bedingt sein kann, insbesondere bei gleichzeitigem Vorliegen einer Depression, während sich bei zusätzlicher Diagnose einer Alkoholabhängigkeit keine familiäre Häufung feststellen lässt (Hirschfeld, 1995). So haben Mannuzza und Kollegen Patienten, die alle Kriterien erfüllten, mit solchen verglichen, die nur Teilaspekte dieser Störung aufwiesen, und dabei

herausgefunden, dass diejenigen Patienten mit dem Vollbild der Störung häufiger alleinstehend waren, einen früheren Beginn der Störung verzeichneten und mehr unter Ängsten im sozialen Kontakt litten sowie häufiger unter atypischen Depressionen und Alkoholabhängigkeit (Mannuzza et al., 1995). Verwandte von Patienten mit sozialer Phobie hatten ein höheres Risiko, ihrerseits an dieser Störung zu leiden. Eine familiäre Häufung der sozialen Phobie war ausserdem bei denjenigen Patienten zu verzeichnen, die das gesamte Muster aufwiesen (Mannuzza et al., 1995). Was den zeitlichen Verlauf betrifft, liegt der Beginn der sozialen Phobie vor demjenigen der komorbiden Störung, dies mit Ausnahme der einfachen Phobie (Van Ameringen et al., 1991; Benjamin et al., 1990).

Mit negativen Affekten beladene Kindheits-erlebnisse prädisponieren aufgrund vieler Studien zu Alkohol- und Drogenkonsum mit entsprechenden Adoleszentenproblemen und solchen im frühen Erwachsenenalter (Beardslee et al., 1986). Werden Patienten mit sozialer Phobie mit einer gematchten Kontrollgruppe verglichen, finden sich retrospektiv gehäuft elterliche Ablehnung, Kontrolle und Überprotektion wie auch weniger elterliche Wärme und Bindung (Arrindel et al., 1983), daneben häufiger traumatische Lebensereignisse und mehr psychiatrische Probleme in der Familie sowie frühe Verhaltensauffälligkeiten (Benjamin et al., 1990), ausserdem sexueller und physischer Missbrauch in der Kindheit (Stein et al., 1996). Der wichtigste, allerdings ziemlich unspezifische Prädiktor scheint gemäss den Erhebungen aus der bisher einzigen grossen Feldstudie, der Epidemiologic Catchment Area Study, eine elterliche Trennung oder Scheidung sowie eine psychiatrische Erkrankung der Mutter zu sein

(Davidson et al., 1993 und 1994). Die Korrelation zwischen negativen Kinheitserlebnissen und sozialen Ängsten mag durch verschiedene Faktoren bedingt sein. Bestimmte Lebensereignisse wie elterliche Trennung und häufige Umzüge könnten die soziale Entwicklung der Kinder entweder durch verminderte Eltern/Kind-Interaktion oder z.B. durch die plötzliche Auflage behindern, nach einem Umzug neue Freunde zu gewinnen. Schulversagen kann zu sozialem Rückzug führen. Depressive und drogenkonsumierende Mütter interagieren ebenfalls seltener mit ihren Kindern, zeigen weniger Wärme und Gefühl und haben eher einen durch Zwang, denn durch Verhandlung bestimmten Erziehungsstil (Cassidy et al., 1996). Solche Gegebenheiten führen bei bestimmten Individuen zu einer erschwerteren Sozialisierung mit anderen Erwachsenen und Gleichaltrigen (Attili, 1989). Scheue Eltern vermeiden häufig Gruppenaktivitäten mit ihren Kindern und tragen weiter zu sozialen Ängsten bei (Finnie und Russel, 1988). Phobische Ängste werden ausserdem auch genetisch determiniert (Bruch, 1989), führen dann möglicherweise zu einem Sozialisationsdefizit, das noch weiter verstärkt würde durch gleichzeitig vermitteltes Modellernen an den Eltern (Merckelbach et al., 1996).

Verschiedene pathogenetische Modelle über Zusammenhänge zwischen Substanzabhängigkeit und soziale Phobie lassen sich letzten Endes denken: (a) soziale Phobie führt zu Abhängigkeit im Sinne eines Selbstmedikationsversuchs (Smail et al., 1984; Lotufo-Neto und Gentil, 1994; Greist, 1995) oder (b) die Abhängigkeit entwickelt sich unabhängig von der sozialen Phobie, wird aber von dieser noch weiter verstärkt (Christie et al., 1988); (c) soziale Phobie entsteht als Resultat der Abhängigkeit und des damit verbundenen Lebensstils in einer gesellschaftlich diskreditierten Randgruppe, dies vor allem bei illegalem Drogenkonsum oder schweren Medikamenten- bzw. Alkoholabhängigkeiten; (d) es liegt eine gemeinsame Ursache vor, die zu sozialer Phobie und Abhängigkeit führt, oder (e) es handelt sich um ganz unterschiedliche Störungen.

Therapie

Da bei Abhängigen oftmals depressive Störungen vorliegen und auch soziale Phobien gehäuft mit depressiven Störungen einhergehen, sind Antidepressiva im Zweifelsfall ohnehin indiziert. Im Rahmen von doppelblinden und kontrollierten Studien (Keck und McElroy, 1997) sind wegen ihrer Effizienz, ihrer geringen Nebenwirkungsrate

und ihrem fehlenden Abhängigkeitspotential bei sozialer Phobie und gleichzeitig vorliegender Abhängigkeitserkrankung Serotonin-Reuptakehemmer zu empfehlen (Coplan et al., 1993; Judd, 1994). Auch MAO-Hemmer haben sich bewährt (insbesondere Moclobemide) (Gorman und Gorman, 1987; Coplan et al., 1993; Marshall et al., 1994). Dabei ist den möglichen Arzneimittelwechselwirkungen Beachtung zu schenken, besonders bei der Behandlung von Mehrfachabhängigen, wo verschiedene Substanzen sich über Inhibition oder Induktion des Leberenzymsystems Cytochrom P-450 gegenseitig beeinflussen können. Benzodiazepine (Alprazolam und Clonazepam, Marshall et al., 1994) bringen zwar kurz- und mittelfristig Entlastung, sind bei Abhängigen im allgemeinen jedoch nicht geeignet.

Psychotherapeutisch stellt sich die Frage nach der Zielsymptomatik. Je nach dem, ob die Abhängigkeit oder mehr die soziale Phobie im Vordergrund steht, wird der eine oder andere Störungsbereich zunächst eher getrennt und später gemeinsam zu behandeln sein. So ist bei einer Opiatabhängigkeit meist primär an eine Substitution zu denken, bevor eine gezielte psychopathologische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung einsetzen kann. Neben suchtfokussierter Therapie sind je nach zeitlichem Verlauf und Problemstellung kognitiv-verhaltensorientierte (Heimberg, 1993) und selbstreflexive Verfahren angezeigt (Zerbe, 1994). Das Training sozialer Fertigkeiten zielt darauf ab, konzeptspezifische soziale Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten zu vermitteln, die auf der Grundlage individueller Verhaltensanalysen als defizitär eingeschätzt werden müssen. Selbstsicherheitstraining sowie das Bestreben gezielter Reduktion dysfunktionaler Angstbewertungen lassen sich einzel- oder gruppenpsychotherapeutisch ergänzen (Heimberg und Juster, 1994). Es zeigte sich, dass die Erweiterung des Sozialtrainings um kognitive Strategien die Effekte zu steigern vermochte und die Wirksamkeit auch in Langzeitkatamnesen bestätigt blieb.

Bei der Bewertung positiver Resultate bleibt zu bedenken, dass Patienten – je nach Ausmass der Störung – ziemlich unterschiedlich von den eingesetzten Techniken profitieren. Gefühle der Einsamkeit und des Alleingelassenseins setzen entweder weiterführende zieloffene Therapiekonzepte voraus oder auch milieutherapeutische Ansätze. Damit kann der Reflexion allgemeiner Lebensprobleme und Lebensziele auch mehr Raum gegeben werden. Kommen Begleitdepressionen vor, kann die Pharmakotherapie mit dem gruppentherapeutischen Setting kombiniert oder

auch phasenhaft hintereinander durchgeführt werden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Behandlung einer sozialen Phobie eine Langzeittherapie darstellt.

Literatur

Angst J. Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993;8 Suppl 1:21–5.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

Arrindell WA, Emmelkamp PMG, Monsma A, Brilman E. The role of perceived parental rearing practices in the etiology of phobic disorders – a controlled study. *Br J Psychiatry* 1983;143:183–7.

Attili G. Social competence versus emotional security: the link between home relationships and behavior problems at school. In: Schneider BH, Attili G, Nadel J, et al., eds. *Social Competence in developmental Perspective*. London: Luwer; 1989. p. 293–311.

Beardslee WR, Son L, Vaillant GE. Exposure to parental alcoholism during childhood and outcome in adulthood: a prospective longitudinal study. *Br J Psychiatry* 1986;149:584–91.

Benjamin RS, Costello EJ, Warren M. Anxiety disorders in a pediatric sample. *J Anxiety Disord* 1990;4:293–316.

Bisserbe JC, Weiller E, Boyer P, Lepine JP, Lecrubier Y. Social phobia in primary care: level of recognition and drug use. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11 Suppl 3:25–8.

Bruch MA. Familial and developmental antecedents of social phobia: issues and findings. *Clin Psychol Rev* 1989;9:37–47.

Burten R. *Anatomy of Melancholy*, Vol. 1. 11th ed. London, England: Thomas Tegg, Cheapside; 1845.

Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinez R, et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:727–35.

Cassidy B, Zoccolillo M, Hughes S. Psychopathology in adolescent mothers and its effects on mother-infant interactions: a pilot study. *Can J Psychiatry* 1996;41:379–84.

Christie KA, Burk JD, Regier DA, Rae DS, Boyd JH, Locke BZ. Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry* 1988;145:971–5.

Clark DB, Sayette MA. Anxiety and the development of alcoholism. *Am J Addict* 1993;2:59–76.

Clark DB, Bukstein OG, Smith MG, Kaczynski NA, Mezzich AC, Donovan JE. Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. *Psychiatr Serv* 1995;46:618–20.

Coplan JC, Tiffon L, Gorman JM. Therapeutic strategies for the patient with treatment-resistant anxiety. *J Clin Psychiatry* 1993;54 Suppl:69–74.

Davidson JRT, Potts NL, Richichi EA, Ford SM, Krishnan KR, Smith RD, et al. The Brief Social Phobia Scale. *J Clin Psychiatry* 1991;52 Suppl:48–51.

Davidson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993;23:709–18.

Davidson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The boundary of social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:975–83.

DeWit DJ, McDonald K, Offord DR. Social phobia as a potential mediating mechanism linking childhood life events and circumstances with alcohol and other drug-related problems. *Co-occurring Substance Use and Mental Disorders Conference*, Toronto, Ontario, Canada; 1997.

DeWit DJ. Frequent childhood geographic relocation: its impact on drug use initiation and the development of alcohol and other drug-related problems among adolescents and young adults. *Addict Behav* 1998;23:623–34.

Dickey B, Azeni H. Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: their excess costs of psychiatric care. *Am J Public Health* 1996;86:973–7.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F)*, 2. Auflage. Bern: Hans Huber; 1993.

Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chron Diseases* 1970;23:455–68.

Finnie V, Russel A. Preschool children's social status and their mother's behaviour and knowledge in the supervisory role. *Dev Psychol* 1988;24:7789–801.

Gorman JM, Gorman LK. Drug treatment of social phobia. *J Affect Disord* 1987;13:183–92.

Greist JH. The diagnosis of social phobia. *J Clin Psychiatry* 1995;56 Suppl 5:5–12.

Grenyer BF, Williams G, Swift W, Neill O. The prevalence of social-evaluative anxiety in opioid users seeking treatment. *Int J Addict* 1992;27:665–73.

Heimberg RG. Specific issues in the cognitive-behavioral treatment of social phobia. *J Clin Psychiatry* 1993;54 Suppl:36–45.

Heimberg RG, Juster HR. Treatment of social phobia in cognitive-behavioral groups. *J Clin Psychiatry* 1994;55:38–46.

Hirschfeld RM. The impact of health care reform on social phobia. *J Clin Psychiatry* 1995;56 Suppl 5:13–7.

Judd LL. Social phobia: a clinical overview. *J Clin Psychiatry* 1994;55 Suppl:5–9.

Keck PE Jr, McElroy SL. New uses for antidepressants: social phobia. *J Clin Psychiatry* 1997;58 Suppl 14:32–6.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8–19.

Kessler RC, Crum M, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. The lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:313–21.

Lepine JP, Lellouch J. Classification and epidemiology of social phobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;244:290–6.

Lepine JP, Pelissolo A. Comorbidity and social phobia: clinical and epidemiological issues. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11 Suppl 3:35–41.

Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia. Review of a neglected anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:729–36.

Lotufo-Neto F, Gentil V. Alcoholism and phobic anxiety – a clinical-demographic comparison. *Addict* 1994;89:447–53.

- Lyons JS, McGovern MP. Use of mental health services by dually diagnosed patients. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:1067-9.
- Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:159-68.
- Mannuzza S, Schneier FR, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer AJ. Generalized social phobia. Reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:230-7.
- Marks IM, Gelder MG. Different ages of onset in varieties of phobia. *Am J Psychiatry* 1966;123:218-21.
- Marshall JR. The diagnosis and treatment of social phobia and alcohol abuse. *Bull Menninger Clin* 1994;58 (2 Suppl A):58-66.
- Marshall RD, Schneier FR, Fallon BA, Feerick J, Liebowitz MR, Schneier FR, et al. Medication therapy for social phobia. *J Clin Psychiatry* 1994;55 Suppl 6:33-7.
- McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:620-5.
- Merckelbach H, de Jong PJ, Muris P, van den Hout MA. The etiology of specific phobias: a review. *Clin Psychiatry Rev* 1996;16:337-61.
- Merikangas KR, Angst J. Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;244:297-303.
- Rounsaville BJ, Kosten TR, Weissman MM, Kleber HD. Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts: a 2.5-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1986a;43:739-45.
- Rounsaville BJ, Kosten TR, Weissman MM, Kleber HD. A 2.5-year follow-up of short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts. *Compr Psychiatry* 1986b; 27:201-10.
- Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:505-13.
- Schneier FR, Martin LY, Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ. Alcohol abuse in social phobia. *J Anxiety Disord* 1989;3:15-23.
- Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:282-8.
- Smail P, Stockwell T, Canter S, Hodgson R. Alcohol dependence and phobic anxiety states. A prevalence study. *Br J Psychiatry* 1984;144:53-7.
- Stein MB, Walker JR, Forde DR. Setting diagnostic thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *Am J Psychiatry* 1994;151:408-12.
- Stein MB, Walker JR, Anderson G, Hazen AL, Ross CA, Eldridge G, et al. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry* 1996;153:275-7.
- Van Ameringen M, Mancini C, Styan G, Donison D. Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *J Affect Disord* 1991;21:93-9.
- Ward J, Mattick RP, Hall W. Key issues in methadone maintenance treatment. Portland, Oregon, USA: International Specialized Book Services; 1992.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Lee CK, Newman SC, et al. The cross-national epidemiology of social phobia: a preliminary report. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11 Suppl 3:9-14.
- Wells JC, Tien AY, Garrison R, Eaton WW. Risk factors for the incidence of social phobia as determined by the diagnostic interview schedule in a population-based study. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:84-90.
- Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Blaine J, Fox S, et al. Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: the Veterans Administration-Penn Study. *Am J Psychiatry* 1984;141:1172-7.
- Zerbe KJ. Uncharted waters: psychodynamic considerations in the diagnosis and treatment of social phobia. *Bull Menninger Clin* 1994;58 Suppl A:3-20.