

# Rzadkie fobie specyficzne – rodzaje i leczenie

## Rare specific phobias – types and treatment

Katarzyna Adamczyk<sup>1</sup>, Dorota Adamczyk<sup>1</sup>, Rafał Wójcik<sup>2</sup>,  
Urszula Fałkowska<sup>1</sup>, Ewelina Soroka<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SKN przy II Klinice Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>3</sup>II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

### Streszczenie

Fobia specyficzna jest częstym zaburzeniem – według statystyk może dotyczyć około 20% populacji. Charakteryzuje się nieuzasadnionym lękiem lub strachem wobec określonych sytuacji lub obiektów oraz wiąże się z silnym dążeniem do ich unikania. Lęk wynika z nieracjonalnej lub nadmiernej oceny danego przedmiotu czy sytuacji. Napadom lęku mogą towarzyszyć takie objawy, jak przyśpieszenie oddechu i akcji serca, nudności, ból w klatce piersiowej, wzmożone napięcie mięśniowe czy pocenie się dłoni. Od niepokoju może uwolnić wyłącznie oddalenie od lękotwórczej sytuacji lub przedmiotu. Pomimo powszechności tego problemu, jedynie niektórzy ludzie decydują się rozpocząć terapię. Około 85% osób nigdy nie skorzysta z dostępnych metod leczenia. Zwykle terapii poddają się osoby, którym fobia całkowicie zaburza codzienne funkcjonowanie.

Wyróżnia się cztery typy fobii specyficznych: dotyczących sił przyrody, zwierząt, sytuacji oraz fobie typu krew–iniekcja–rana. Wśród nich można wyodrębnić te lepiej poznane, jak na przykład arachnofobię, oraz rzadziej występujące, tj. ankraofobia – lęk przed wiatrem. Częstotliwość występowania konkretnej fobii zależy od szerokości geograficznej, kultury danego regionu, poziomu wykształcenia populacji oraz struktury płci i wieku. Pomimo różnic cechujących dane fobie, leczenie tego typu zaburzeń opiera się głównie na terapii poznawczo-behawioralnej oraz psychodynamicznej. Analiza piśmiennictwa wskazuje, że u 80% osób poddanych ekspozycji in vivo, zauważono odpowiedź terapeutyczną.

Słowa kluczowe: fobia specyficzna, psychoterapia, BIIP, ambulofobia, ankraofobia, fobia liczb

Przedrukowano za zgodą z: Psychiatria 2018; 15 (3): 148–154

### Wstęp

Od zarania dziejów ludziom towarzyszy lęk. To dzięki niemu jesteśmy bardziej ostrożni oraz wyczuleni na niebezpieczeństwo. Lęk dawniej mobilizował i chronił przed zagrożeniem. Mógł pełnić rolę adaptacyjną w okresie, kiedy człowiek był bardziej zależny od środowiska naturalnego. Bracha [1–3] wysnuł hipotezę dotyczącą lęku przed krwią. Jego zdaniem w epoce paleolitu i neolitu jednostki z hemofobią były bezpieczniejsze oraz preferowane w selekcji naturalnej. Omdlenia i sposób reagowania na widok

krwi ułatwiały im bowiem przeżycie w okresie krwawych konfliktów.

Obecnie lęk bardzo często zamiast pomóc, utrudnia nam jednak życie. Coraz częściej występuje nie tylko w sytuacji zagrożenia życia, ale również w nieuzasadnionych okolicznościach. Zaburzenie objawiające się nieproporcjonalnym, trwałym i bezpodstawnym lękiem, pojawiającym się w trakcie kontaktu z daną osobą, zwierzęciem, zjawiskiem czy przedmiotem nosi nazwę fobii [4].

Wśród fobii wyróżnia się: agorafobie bez napadów paniki, agorafobie z napadami paniki, fobie społeczne,

specyficzne (izolowane) postacie fobii, inne zaburzenia lękowe w postaci fobii oraz zaburzenia lękowe w postaci fobii bliżej nieokreślonych [5].

W każdej fobii lęk pojawia się w określonej sytuacji lękotwórczej lub przed jej wystąpieniem — lęk oczekiwania [6]. Charakterystyczne jest również zjawisko unikania danej sytuacji. Zazwyczaj napadowi lęku towarzyszą silne objawy fizjologiczne, tj.: tachykardia, pocenie się oraz przyśpieszony, płytki oddech [7]. Jednak w przypadku fobii typu krew–iniekcja–rana spektrum objawów jest zupełnie inne — występuje reakcja wazowagalna [8].

Lęk w agorafobii pojawia się podczas przebywania w sytuacjach lub miejscach, z których trudno się wydostać lub w których dotarcie odpowiedniej pomocy w przypadku wystąpienia napadu lęku jest trudne. Agorafobia może przebiegać z napadami paniki lub bez nich. Pacjenci z agorafobią na skutek lęku antycypacyjnego oraz swych obaw decydują się ograniczyć wychodzenie z domu, co w skrajnych przypadkach prowadzi do ograniczenia ich aktywności, alienacji, a nawet całkowitej izolacji [5, 9].

Do wyobcowania może doprowadzić również fobia społeczna. Wyróżnia się zespół lęku społecznego uogólniony i izolowany. Fobia społeczna uogólniona cechuje się pojawieniem lęku oraz jego somatycznych objawów podczas wszystkich społecznych interakcji, z kolei fobia izolowana jest związana z pojawieniem się lęku tylko w jednej lub kilku wybranych sytuacjach społecznych. Izolowany zespół lęku społecznego może pojawić się podczas jedzenia w towarzystwie innych ludzi, egzaminu, występu publicznego czy korzystania z publicznej toalety [5, 10, 11].

Kolejne rodzaje fobii charakteryzują się lękiem, ograniczonym do obecności specyficznej sytuacji fobicznej bądź przedmiotu. Są to fobie specyficzne, które różnią się nasileniem lęku. Lista tych fobii jest nieograniczona [12]. Najczęściej występują w populacji: akrofobia, klaustrofobia czy arachnofobia. Istnieją jednak również fobie występujące znacznie rzadziej, na przykład fobia wiatru — ankraofobia, tetrafobia — strach przed liczbą 4, rimpawofobia — strach przed stanem na pękniętych płytach chodnikowych czy strach przed motylami, zwany lepidopterofobią [13].

Jednymi z najbardziej charakterystycznych fobii specyficznych są te dotyczące liczb, liter czy słów. Najpopularniejszymi liczbami wzbudzającymi niepokój są: 4, 9, 13, 17, 39, 49, 94 czy 666.

W Polsce i innych krajach kultury zachodniej często uważa się liczbę „13” za pechową. Triskaidekafobia, czyli strach przed liczbą „13”, może mieć swe źródło w wierzeniach religijnych oraz mitologiach, na przykład nordyckich. Zgodnie z nordyckimi przekazami na początku boskiej uczty świętowało 12 bogów. Jednak w trakcie jej trwania zjawił się nieproszony gość Loki — bóg będący symbolem ognia i oszustwa. Trzynasty, „pechowy” biesiadnik podczas ucztowania cisnął strzałą w swojego brata Baldura — boga piękna i radości. Po tym wydarzeniu, według mitologii,

nastąpił zły i pechowy dzień [14]. Z kolei w naszym kręgu kulturowym początku niefortunności liczby można się doszukać w Biblii. Według biblijnych przekazów podczas Ostatniej Wieczerzy do stołu zasiadło 12 apostołów i Jezus. Trzynastą osobą zaproszoną do stołu był Judasz, apostoł, który wydał Jezusa. Już od XVIII wieku ludzie wierzą w złą moc tej liczby. Niektórzy uważali nawet, że zasiadanie do uczty 13 osób jest pechowe i przyczyni się do śmierci jednego z biesiadników [15].

Kolejną liczbą budzącą niepokój jest cyfra „4”. Tetrafobia jest najbardziej powszechna w Chinach, Korei, Japonii, Wietnamie, Malezji oraz Singapurze. Liczba 4 to bowiem homofon słowa „śmierć”. Dlatego na Dalekim Wschodzie w budynkach czy na tablicach rejestracyjnych samochodów unika się w numeracji cyfry „4”, zastępując ją numerem „3A” [16, 17].

W Japonii pechowa cyfra to również „9”, której wymowa jest bliska wyrazowi „tortury” oraz „cierpienie”. Strach przed tą liczbą to enneafobia [18, 19].

Z kolei we Włoszech to liczba „17” ma pejoratywne znaczenie. Anagram jej zapisu w systemie rzymskim, czyli XVII, to bowiem VIXI. *Vixi* zaś to łacińskie słowo tłumaczone jako „żyłem”. Dlatego podczas Igrzysk Olimpijskich w Turynie w 2006 roku siedemnasty zakręt na torze bobslejowym był nazwany „bez nazwy”. Lęk przed tą liczbą to heptadecafobia [20].

W Afganistanie liczba „39” jest tłumaczona jako „marwa krowa”. Z tego powodu Afgańczycy unikają tej liczby. Co więcej, triakontenneafobia ma związek ze strachem przed liczbą 13. Jest ona bowiem wielokrotnością tej liczby [18].

Heksakosjoiheksontaheksafobia to strach przed liczbą 666. W kulturze chrześcijańskiej „666” kojarzy się z diabłem, który w Apokalipsie św. Jana nazywany jest „Bestią”. Warto jednak zaznaczyć, że na Wschodzie liczba ta jest symbolem powodzenia [18].

Istnieją również fobie związane ze słowami. Jedną z nich jest aibofobia, czyli strach przed palindromami — wyrazami, które czytane od tyłu brzmią jak samo jak czytane normalnie. Kolejną jest hippopotomonstroseskuipedaliofobia — strach przed długimi słowami.

Poza fobią liczb czy słów istnieje mnóstwo innych ciekawych fobii specyficznych. Każdy słyszał o arachnofobii, czyli o strachu przed pająkami. Jest to bowiem jedna z najczęstszych fobii zwierzęcych [21, 22]. Jednak tylko niektórzy wiedzą o istnieniu lepidopterofobii. Jest to strach przed motylami [23]. Owady te większości społeczeństwa kojarzą się z pięknem i delikatnością. Jednak fobicy postrzegają je zupełnie inaczej. Skrzydła motyli pokryte są drobnymi łuskami, od zewnętrznej strony mają czarne lub brunatne zabarwienie [24]. Kolorystyka i budowa skrzydeł oraz ich ciągle trzepotanie wywołują u osoby chorej poczucie lęku. Ludzie cierpiący na tę fobię obawiają się, że owad może przypadkowo dotknąć ich skóry, powodując tym samym uczucie pełzania, tarcia i świądu. Większość chorych unika

ogrodów, łąk, parków lub innych miejsc, w których mogą napotkać te skrzydlate stworzenia. Owady te mogą osiągać różne rozmiary. Największe motyle można spotkać w strefie tropikalnej oraz subtropikalnej. Dlatego większy odsetek ludzi z tą fobią występuje między innymi w Australii [25].

Niewykluczone, że fobia ta jest związana z ewolucyjnym strachem przed latającymi istotami. Często zdarza się, że osoby z lepidopterofobią boją się również innych owadów i ptaków, na przykład kolibrów [26].

Inną ciekawą fobią jest ambulofobia. Jest to strach przed chodzeniem. Pozornie fobia ta wydaje się być bardzo rzadko spotykaną. Jest jednak zupełnie inaczej. Dotyczy ona bardzo często ludzi starszych, którzy w obawie przed upadkiem, basifobią, decydują się nie wychodzić z domu [27]. Warto przypomnieć, że upadek, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), to zdarzenie, w wyniku którego osoba niechcąca znalazła się na podłodze, ziemi lub innym niższym poziomie. Zatem upadkiem nie jest: upadek do wody, upadek ze zwierząt, z pojazdów, z pływających budynków czy samouszkodzenie [28].

Według danych epidemiologicznych strach przed upadkiem nie jest bezpodstawny. Istnieją wyniki badań mówiące, że w grupie osób powyżej 65. roku życia przynajmniej raz w roku upada: 50–67% pensjonariuszy domów opieki, 33% ludzi mieszkających samodzielnie oraz 20% hospitalizowanych [29–32]. Według statystyk poważnymi urazami kończy się aż 10% upadków. Natomiast 1–2% z nich skutkuje złamaniem szyjki kości udowej [33, 34].

Warto również podkreślić zaskakujący fakt – aż 5 razy więcej pacjentów przybywa do szpitali po upadkach niż w wypadkach komunikacyjnych [35].

Strach przed chodzeniem i upadkiem jest znacznie częstszy u osób starszych, ponieważ w ich grupie wiekowej istnieje ogromna liczba wewnętrznych czynników ryzyka. Zalicza się osteoporozę, niedowidzenie, ślepotę, zaburzenia równowagi, zawroty głowy, dysfunkcje stawów, omdlenia spowodowane zaburzeniami krążenia oraz skutki uboczne przyjmowanych leków [36]. Jednak mimo dużej liczby zagrożeń potęgujących strach przed upadkiem u osób starszych, fobia ta spotykana jest również u ludzi młodszych. Leonard w 1959 roku opisał przypadek 2,5-letniej dziewczynki z ambulofobią. Strach przed staniem i chodzeniem rozwinął się u niej po złamaniu podokostnowym kości jednej nogi [37].

Może być zatem wiele przyczyn ambulofobii. Fobia ta może dotyczyć osób, które doświadczyły unieruchomienia z powodu choroby lub upadku, ludzi z chorobami reumatologicznymi, ortopedycznymi, dla których poruszanie się jest równoznaczne z odczuwaniem bólu czy ludzi starszych obciążonych różnymi chorobami.

Kolejną fobią wartą opisanie jest strach przed wiatrem, zwany ankraofobią. Zalicza się ona do grupy fobii specyficznych związanych z czynnikami środowiskowymi. Należy do niej również brontofobia – strach przed burzą,

aerofobia – strach przed powietrzem, frigofobia, czyli strach przed przemarzeniem i zimnym powietrzem czy lęk przed przeciągiem zwany psychrofobią.

U osób cierpiących na ankraofobię to ekspozycja na silny wiatr wywołuje panikę. Lękowi towarzyszą rozmaite objawy somatyczne, tj.: przyśpieszenie oddechu i akcji serca, ból w klatce piersiowej, wzmożone napięcie mięśniowe, nudności czy pocenie się dłoni. Przyczyn fobii wiatru zazwyczaj można się doszukać w przeszłości osoby dotkniętej tym lękiem. Niektórzy fobicy doświadczyli traumatycznych wydarzeń związanych z tym żywiołem lub innym zjawiskiem pogodowym. Osoby z fobią wiatru wierzą w śmiercionośny potencjał wiatru, nie nadmieniając o huraganach czy tornadach. Zdarza się, że objawy lęku występują u nich podczas słuchania odgłosu wiatru czy stania w przeciągu. Źródłem lęku mogą być także rzeczy przypominające im wiatr, na przykład widok drzew lub fal [13].

Pawlak [13] zaprezentowała opis przypadku 36-letniego mężczyzny cierpiącego na tę fobię. Pacjent już w okresie dzieciństwa przeżywał lęk – bał się psów i wody. W rodzinie jego problem był bagatelizowany. Jako dziecko, pomimo swojej fobii, był zmuszany do uprawiania sportów wodnych. Jego dziadek posiadał ośrodek żeglarski. W domu pacjenta obowiązywał kult silnego mężczyzny. U mężczyzny w 20. roku życia pojawiły się pierwsze objawy lękowe związane z ankraofobią. Były one powiązane z wichurą, której przestraszył się pewnej nocy. Od tego momentu pacjent odczuwał lęk nie tylko podczas wichury, ale nawet gdy przewidywał pojawienie się silnego wiatru. Dlatego wielokrotnie w ciągu dnia sprawdzał prognozy meteorologiczne. Telefonował także do synoptyków. Sprawdzanie prognoz miało w jego przypadku charakter obsesyjny. Zdaniem lekarzy i psychologów, w powyższym przypadku objawy lękowe były zakorzenione w relacjach rodzinnych okresu dzieciństwa. Pacjent pragnął zaspokoić swoje wewnętrzne potrzeby. Dzięki fobii mógł być w dziecięcej, bliskiej relacji z matką. Matka pacjenta zaczęła mu okazywać czułość i troskę, której brakowało mu w dzieciństwie.

Kolejną fobią wartą zaprezentowania jest hematofobia – strach przed krwią. Jej osobliwość sprawiła, że została ona sklasyfikowana do odrębnej grupy fobii – fobii typu krew–iniekcja–rana (BIIP, *blood-injury-injection phobia*). Fobie te cechują się charakterystycznym obrazem objawów somatycznych. Napadowi lęku nie towarzyszą: tachykardia, przyśpieszenie oddechu i objawy charakterystyczne dla pozostałych fobii. W przypadku hemofobii mamy do czynienia z odruchem wazowagalnym.

Omdlenia u ludzi z hemofobią wynikają z nadmiernej reakcji odruchowej autonomicznego układu nerwowego. W omdleniach tych dochodzi do obniżenia ciśnienia krwi, prowadzącego do zmniejszenia przepływu mózgowego [39]. Foster opublikował pracę [40], w której dowiódł, że głęboka bradykardia leży u podłoża utraty przytomności. Jednak dopiero Lewis [41] wprowadził termin „omdlenie wazowa-

galne”, podkreślając udział hipotensji i bradykardii w patomechanizmie tej reakcji.

Fobia ta jest dość powszechna. Co ciekawe, występuje częściej w kobiet, u osób z niższym wykształceniem oraz u ludzi z chorobami psychiatrycznymi [42].

Osoby z hemofobią unikają wszelkich sytuacji, w których mogłyby się skaleczyć bądź zranić. Fobicy stronią od badań krwi, zabiegów medycznych czy zwykłych wizyt lekarskich. Przeważnie obawiają się również rannych ludzi – traumatofobia.

Hemofobia z reguły nie stanowi niebezpieczeństwa dla człowieka. Jednak istnieją pewne wyjątki. Jedną z grup społecznych, u której obecność tej fobii stanowi duże niebezpieczeństwo, są diabetycy. Pacjenci z cukrzycą powinni regularnie sprawdzać poziom glikemii. Zarówno zbyt niski, jak i zbyt wysoki poziom stanowi dla nich duże zagrożenie. Strach przed iniekcją może uniemożliwić insulinoterapię oraz kontrolę glikemii. Według badań w grupie 115 pacjentów z cukrzycą 14% unikało iniekcji z powodu odczuwania lęku, natomiast 42% przyznało, że zbyt rzadko wstrzykuje insulinę [43]. Przywołane dane statystyczne potwierdzają, że utrzymanie prawidłowej glikemii i jakości życia jest niemal niemożliwe u osób z BIIP. Dlatego rekomenduje się leczenie tej fobii przede wszystkim wśród cukrzyków.

Ludzie z hemofobią unikają również wizyt u dentysty oraz lekarzy innych specjalizacji. Według norweskich badań aż 11% pacjentów z dentofobią i współistniejącą BIIP nie pójdzie do dentysty, jeżeli istnieje jakiegokolwiek prawdopodobieństwo, iż dostaną zastrzyk [44]. Co ciekawe, omdlenia spowodowane widokiem krwi, przy iniekcji czy instrumentacji, dotyczą także populacji studentów studiów medycznych. Według badań statystycznych 11,9% studentów doświadczyło omdlenia na widok krwi, iniekcji lub instrumentacji [45].

Należy także wspomnieć o istnieniu teorii sugerującej, iż omdlenia na widok krwi są zdobyczą adaptacyjną. Ranne zwierzęta paradoksalnie dzięki utracie przytomności mają większe szanse na przeżycie. Wynika to z mechanizmu omdlenia. Znaczne obniżenie ciśnienia krwi zmniejsza jej utratę oraz ułatwia krzepnięcie. Zatem BIIP mogła rozwinąć się u ludzi jako odpowiedź na przewidywaną utratę krwi. Zgodnie z tą teorią osoby bardziej obawiające się krwi są też bardziej podatne na omdlenia oraz inne objawy naczyniowe, tj. zawroty głowy czy zaczerwienienie [46].

Zwyczajowe podejście do leczenia BIIP jest takie jak w przypadku leczenia innych fobii – psychoterapia i ewentualnie farmakoterapia. Jednak ostatnio wprowadzono technikę zwaną napięciem stosowanym. Polega ona na napięciu mięśni w celu zwiększenia ciśnienia krwi, tym samym zapobiegając omdleniom i hipotensji [47, 48].

Według Pulla [49] w leczeniu fobii specyficznych podstawową metodą jest psychoterapia. Istnieją dwie główne konwencje psychoterapeutyczne. Jedną z nich jest psychoterapia behawioralno-poznawcza. Cechuje się ona

potwierdzoną skutecznością w leczeniu fobii specyficznych, społecznych, zespołu lęku napadowego oraz uogólnionego [50, 51]. Koncepcja tej terapii opiera się na czterech elementach, takich jak: ekspozycja, redukcja zachowań zabezpieczających, zmiana czynników skupiających uwagę oraz zmiana schematów poznawczych [50]. Zakłada ona poznawczy model powstania zaburzeń psychicznych. To oznacza, że człowiek poprzez przypisanie bodźcom zewnętrznych znaczenia, buduje rzeczywistość. Możliwe jest modyfikowanie znaczenia poprzez wzmocnienie, osłabienie lub wyselekcjonowanie informacji. Istnieje również metoda terapii, która opiera się na założeniach teorii psychoanalizy – psychoterapia psychodynamiczna. Jest ona jedną z najczęściej stosowanych konwencji psychoterapeutycznych [52].

Można wyróżnić jeszcze kilka innych metod psychoterapii, na przykład jednodniowe programy behawioralne, ostre interwencje czy formy wspomagane komputerowo [53, 54]. Terapią, która cechuje się wysoką skutecznością w leczeniu fobii specyficznych, jest metoda z ekspozycją *in vivo*. Duży odsetek osób przerywa jednak tę terapię [55].

Efekty leczenia fobii specyficznych są umiarkowane. Bardzo często objawy powracają po zakończeniu cyklu psychoterapii [51]. Dlatego pomimo udokumentowanej wysokiej skuteczności terapii behawioralno-poznawczej w stosunku do innych metod [50, 51, 56–59], w leczeniu zaburzeń lękowych stosuje się farmakoterapię. Black w 2009 roku w swojej pracy zalecił łączne stosowanie farmakoterapii oraz terapii behawioralno-poznawczej [56]. Lekami wykorzystywanymi we wspomaganie psychoterapii są inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*) [56, 60–62]. Zastosowanie znajdują również trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, inhibitory monoaminooksydazy, leki anksjolityczne oraz selektywne inhibitory wychwytu serotoniny i noradrenaliny [56]. Na początkowym etapie terapii, aby zmniejszyć niepokój, można zastosować leki z grupy benzodiazepin [58]. Jednak według doktora Cohena z London Hospital College [63] istnieją leki, które mogą wywoływać fobię. Do tej grupy zgodnie z pracą Juana z 2007 roku należą benzodiazepiny [7].

Zarówno SSRI, jak i terapia behawioralno-poznawcza skutkują podobnymi efektami w leczeniu fobii [62]. Efektywność leczenia fobii specyficznej można ocenić w badaniach neuroobrazowych. Występuje bowiem obniżenie aktywności mózgu w okolicy limbicznej i paralimbicznej. Obszar ten odpowiada, łącznie z podwzgórzem, za zachowanie emocjonalne i popędy. Zadaniem układu limbicznego jest zachowanie przy życiu zarówno pojedynczego osobnika, jak i całego gatunku. Niektóre zaś jego części – hipokamp, są włączone w proces uczenia się i zapamiętywania [64].

Należy pamiętać, że lęki w rozwoju człowieka są czymś naturalnym [65]. U 8-miesięcznych niemowląt można zaobserwować lęk przed nieznanymi osobami, miejscami,

hałasem czy lęk separacyjny – przed rozłąką. Między 4.–5. rokiem życia pojawia się lęk przed ciemnością, natomiast w wieku 5–7 lat lęk wobec realnych obiektów bądź sytuacji – na przykład arachnofobia. Z kolei u dzieci, które rozpoczynają edukację, można dostrzec lęk przed złymi ocenami. Wiedza dotycząca tych etapów rozwojowych jest bardzo ważna w ocenie i diagnozowaniu zespołów lękowych u dzieci. W badaniu Meltzera odnotowano, że 32,1% rodziców dostrzegło u swoich dzieci specyficzny lęk, jednak tylko 0,8% miało postać fobii [66].

W całej populacji u 0,2% ludzi występują specyficzne fobie poważnie zaburzające funkcjonowanie [67]. Ryzyko zachorowania na fobię specyficzną w okresie rocznym wynosi 7,1%, z kolei w ciągu całego życia 9,4%. Najbardziej narażoną na zachorowanie grupą są młode kobiety oraz osoby o niskich dochodach. Zazwyczaj początek zaburzeń fobicznych przypada na 9. rok życia [38].

Powyższe dane statystyczne wskazują, że fobie dotyczą ogromnej części populacji. Nie są one zagrożeniem, jeśli pomimo lęku można normalnie funkcjonować. W innym przypadku paraliżujący nas strach może być źródłem cierpienia. Ludziom, którzy nie doświadczyli lęku związanego z fobią, strach przed wiatrem czy motylami może się wydawać czymś absurdalnym. Dlatego wielu ludzi z fobiami specyficznymi nie szuka specjalistycznej pomocy, bojąc się narażenia na śmieszność. Jest to tym bardziej przygnębiające, że obecnie istnieją skuteczne techniki umożliwiające wyleczenie fobii i poprawę jakości życia. Przykładem mogą być techniki poznawczo-behawioralne charakteryzujące się dużą efektywnością w leczeniu fobii. Z tego powodu powinniśmy promować wszelkie terapie mogące ulżyć w cierpieniu fobików oraz pomóc im w osiągnięciu spokojnego i szczęśliwego życia bez lęku. Może dzięki tym działaniom, w przyszłości każdy człowiek zrozumie, że „strach ma wielkie oczy”.

## Abstract

Specific phobia is a common disorder. According to statistics, it can affect about 20% of the population. It is characterized by unreasonable fear of specific situations or objects and is associated with a strong desire to avoid them. Anxiety results from an irrational or excessive evaluation of a relevant item or situation. Anxiety attack may be accompanied by symptoms such as an abnormally rapid heart rate and breathing, nausea, chest pain, increased muscle tension or palmar hyperhidrosis. Only the distance from the fear-producing situation or object can be freed from anxiety. Despite the prevalence of this problem, only some people decide to start therapy. About 85% of people will never use the available treatments. Most of people start therapy only when their daily functioning is completely disturbed by phobia.

There are four types of specific phobias: regarding nature forces, animals, situations and blood-injection-wound phobias. Among them, we can distinguish better known phobias, such as, arachnophobia, and less frequently occurring, i.e. anakraophobia – fear of wind. The frequency of a specific phobia depends on the geographical latitude, culture of a relevant region, the level of educational attainment, and the structure of sex and age. Despite the differences characterizing phobias, the treatment of this disorder is based mainly on cognitive-behavioral and psychodynamic therapy. Literature analysis shows that in vivo exposure result in 80% positive therapeutic response.

**Key words:** specific phobia, psychotherapy, BILP, ambulophobia, anakraophobia, phobia of numbers

## Piśmiennictwo

1. Bracha HS. Freeze, flight, fight, fright, faint: adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS Spectr.* 2004(9): 679–685.
2. Bracha HS, Yoshioka DT, Masukawa NK, et al. Evolution of the human fear-circuitry and acute sociogenic pseudoneurological symptoms: the Neolithic balanced-polymorphism hypothesis. *J Affect Disord.* 2005; 88(2): 119–129, doi: 10.1016/j.jad.2005.05.013, indexed in Pubmed: 16111764.
3. Bracha HS. Human brain evolution and the „Neuroevolutionary Time-depth Principle:” Implications for the Reclassification of fear-circuitry-related traits in DSM-V and for studying resilience to warzone-related posttraumatic stress disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006; 30(5): 827–853, doi: 10.1016/j.pnpbp.2006.01.008, indexed in Pubmed: 16563589.
4. Wciórka J. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier 2008: Elsevier.
5. Jarema M, Rabe-Jabłońska J. *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL ; 2011.
6. Potoczek A, et al. Różnice w nasileniu występowaniu objawów zespołu lęku napadowego i depresji w astmie ciężkiej i trudnej oraz w astmie z nadwrażliwością na aspirynę (aspirynowej) . *Psychiatria Polska.* 2011: 469–480.
7. Juan S. Zagadki mózgu. *Via Medica, Gdańsk* 2007.
8. Lipsitz JD, Barlow DH, Mannuzza S, et al. Clinical features of four DSM-IV-specific phobia subtypes. *J Nerv Ment Dis.* 2002; 190(7): 471–478, doi: 10.1097/01.NMD.0000022449.79274.48, indexed in Pubmed: 12142850.

9. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53(2): 159–168, indexed in Pubmed: 8629891.
10. Bomba J. Fobia społeczna. *Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii*. 2000; 4: 321–331.
11. Dąbkowska M. Wybrane aspekty lęku u ofiar przemocy domowej. *Psychiatria*. 2008; 5: 91–98.
12. Kokoszka A, Jerominiak-Kobrzyńska M, Kalicka-Owerska A, et al. Fobia specyficzna we wczesnym okresie połogu. Opis przypadku oraz wątpliwości prawne. *Psychiatr Pol*. 2010; 44: 593–600.
13. Pawlak J, Gazda J, Rybakowski J. Fobia wiatru (ankraofobia)–jako szczególna postać fobii specyficznej. opis przypadku. *Psychiatria Polska*. 2009; 1: 581–592.
14. Słupecki LP. Mitologia skandynawska w epoce wikingów. Zakład Wydawniczy Nomos 2011.
15. Biblia Tysiąclecia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Pallotium, Poznań 2003.
16. <http://www.todayifoundout.com/index.php/2011/01/why-the-number-four-is-considered-unlucky-in-some-east-asian-cultures/>.
17. <http://www.national-geographic.pl/blogi/archiwum/nie-szczesliwaliczba>.
18. <http://polimaty.pl/2015/02/pechowe-liczby/>.
19. Simon G. Some Japanese beliefs and home remedies. *The Journal of American Folklore*. 1952; 65(257): 281–293, doi: 10.2307/537081.
20. <http://www.independent.co.uk/sport/football/european/bad-omen-for-italy-as-their-unlucky-number-comes-up-400380.html>.
21. [www.mojafobia.pl/lista\\_fobii.html](http://www.mojafobia.pl/lista_fobii.html).
22. Garcia-Palacios A, Hoffman H, Carlin A, et al. Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behav Res Ther*. 2002; 40(9): 983–993, indexed in Pubmed: 12296495.
23. Milosevic I, McCabe RE. *Phobias: the psychology of irrational fear*. 2015.
24. Buszko J, Masłowski J. *Atlas motyli Polski. Motyle dzienne (Rhopalocera)*. Grupa IMAGE, Warszawa 1993: 269.
25. Olesen, J. Fear of butterflies phobia: Lepidopterophobia. 2015. <http://www.fearof.net/fear-of-butterflies-phobia-lepidopterophobia>.
26. Weinstein P, Slaney D. Psychiatry and Insects: Phobias and Delusions of Insect Infestations in Humans. *Encyclopedia of Entomology*. : 1846–1847, doi: 10.1007/0-306-48380-7\_3490.
27. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT. Upadki osób starszych–przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health*. 2011; 46: 313–318.
28. Violence and Injury Prevention and Disability (VIP). [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/other\\_injury/falls/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/).
29. Thornby M. Balance and falls in the frail older person. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 1995; 11(2): 35–43, doi: 10.1097/00013614-199512000-00006.
30. Rigler SK. Preventing falls in older adults. *Hosp Pract* (1995). 1999; 34(8): 117–20; quiz 147, indexed in Pubmed: 10459366.
31. Simpson J. Elderly people at risk of fall the role of muscle weakness. *Physiotherapy*. 1993; 79(12): 831–835, doi: 10.1016/s0031-9406(10)60127-7.
32. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1994; 331(13): 821–827, doi: 10.1056/NEJM199409293311301, indexed in Pubmed: 8078528.
33. Rättningsverket, Schyllader J. Antalet olyckor bland äldreökar. <http://www.srv.se..>
34. Sadigh S, Reimers A, Andersson R, et al. Falls and Fall-Related Injuries Among the Elderly: A Survey of Residential-Care Facilities in a Swedish Municipality. *Journal of Community Health*. 2004; 29(2): 129–140, doi: 10.1023/b:johe.0000016717.22032.03.
35. Gyllensvard H. Fallolyckor bland äldre. En samhällsekonomisk analys och effektiva preventiosatgärder. Statens Folkhälsoinstitut, Östersund R. 2009; 01,Västeras. ; 2009.
36. SBU. Osteoporos-prevention, diagnostik och behandling. Stockholm: Statens beredning för medicinskutvärdering. ; 2003.
37. Leonard MR, Marjorie R. Fear of walking in a two and-a-half-year-old girl. *Psychoanal Q*. 1959; 28(1): 29–39, indexed in Pubmed: 13645841.
38. Stinson FS, Dawson DA, Patricia Chou S, et al. The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med*. 2007; 37(7): 1047–1059, doi: 10.1017/S0033291707000086, indexed in Pubmed: 17335637.
39. Kozłowski D, Kozłuk E, Krupa W. Patomechanizm omdleń wazowagalnych. *Folia Cardiol*. 2000; 7: 83–86.
40. Foster M. Introduction: Protoplasm and the physiological unit. *Textbook of Physiology*. 1888: 4–6.
41. Lewis T. Vasovagal syncope and the carotid sinus mechanism. *Br Med J*. 1932; 1(3723): 873–876, indexed in Pubmed: 20776843.
42. Joseph BO, Eaton WW. The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychological Medicine*. 1998: 1129–1136.
43. Zambanini A, Newson RB, Maisey M, et al. Injection related anxiety in insulin-treated diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 1999; 46(3): 239–246, indexed in Pubmed: 10624790.
44. Vika M, Skaret E, Raadal M, et al. Fear of blood, injury, and injections, and its relationship to dental anxiety and probability of avoiding dental treatment among 18-year-olds in Norway. *Int J Paediatr Dent*. 2008; 18(3): 163–169, doi: 10.1111/j.1365-263X.2007.00904.x, indexed in Pubmed: 18328048.
45. Rosińczuk- To, Czyż R, Banaszak A, et al. Występowanie omdleń na widok krwi, przy iniekcjach i instrumentacjach w populacji studentów studiów medycznych. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2. 2012: 22–25.
46. Ditto B, Gilchrist PT, Holly CD. Fear-related predictors of vasovagal symptoms during blood donation: it's in the blood. *J Behav Med*. 2012; 35(4): 393–399, doi: 10.1007/s10865-011-9366-0, indexed in Pubmed: 21751041.
47. Ditto B, Byrne N, Holly C. Physiological correlates of applied tension may contribute to reduced fainting during medical procedures. *Ann Behav Med*. 2009; 37(3): 306–314, doi: 10.1007/s12160-009-9114-7, indexed in Pubmed: 19730965.
48. Ayala ES, Meuret AE, Ritz T. Treatments for blood-injury-injection phobia: a critical review of current evidence. *J Psychiatr Res*. 2009; 43(15): 1235–1242, doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.008, indexed in Pubmed: 19464700.
49. Pull CB. Recent trends in the study of specific phobias. *Curr Opin Psychiatry*. 2008; 21(1): 43–50, doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f30086, indexed in Pubmed: 18281840.
50. Marom S, Hermesh H. Cognitive behavior therapy (CBT) in anxiety disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2003; 40(2): 135–144, indexed in Pubmed: 14509204.
51. von Knorring L, Thelander S, Pettersson A. Treatment of anxiety syndrome. A systematic literature review. Summary and conclusions by the SBU. *Lakartidningen*. 2005; 102(47): 3561–32, 3565, indexed in Pubmed: 16408394.
52. Leichsenring F, Hiller W, Weissberg M, et al. Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and

- indications. *Am J Psychother.* 2006; 60(3): 233–259, indexed in Pubmed: 17066756.
53. Van Gerwen LJ, Spinhoven P, Van Dyck R. Behavioral and cognitive group treatment for fear of flying: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2006; 37(4): 358–371, doi: 10.1016/j.jbtep.2006.05.002, indexed in Pubmed: 16828460.
  54. Titov N. Status of computerized cognitive behavioural therapy for adults. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007; 41(2): 95–114, doi: 10.1080/00048670601109873, indexed in Pubmed: 17464688.
  55. Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD. Treatment of specific phobia in adults. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27(3): 266–286, doi: 10.1016/j.cpr.2006.10.002, indexed in Pubmed: 17112646.
  56. Black DW. Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders. *CNS Spectr.* 2006; 11(10 Suppl 12): 29–33, indexed in Pubmed: 17008828.
  57. Pachana NA, Woodward RM, Byrne GJA. Treatment of specific phobia in older adults. *Clin Interv Aging.* 2007; 2(3): 469–476, indexed in Pubmed: 18044196.
  58. Hofmann SG, Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry.* 2008; 69(4): 621–632, indexed in Pubmed: 18363421.
  59. Garakani A, Mathew SJ, Charney DS. Neurobiology of anxiety disorders and implications for treatment. *Mt Sinai J Med.* 2006; 73(7): 941–949, indexed in Pubmed: 17195879.
  60. Wagstaff AJ, Cheer SM, Matheson AJ, et al. Paroxetine: an update of its use in psychiatric disorders in adults. *Drugs.* 2002; 62(4): 655–703, indexed in Pubmed: 11893234.
  61. Ballenger JC. Remission rates in patients with anxiety disorders treated with paroxetine. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65(12): 1696–1707, indexed in Pubmed: 15641876.
  62. Linden DEJ. How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging. *Mol Psychiatry.* 2006; 11(6): 528–538, doi: 10.1038/sj.mp.4001816, indexed in Pubmed: 16520823.
  63. Cohen J., Friday the 13th: History of a Phobia. <http://www.history.com/news/friday-the-13th-history-of-a-phobia>.
  64. Bochenek A, Reicher M. Anatomia człowieka: Układ nerwowy ośrodkowy. PZWL, Warszawa 1999: 347–355.
  65. Szpecht-Tomann M. Gdy dziecko się boi. PAX, Warszawa 2009: 2009.
  66. Meltzer H, Vostanis P, Dogra N, et al. Children's specific fears. *Child Care Health Dev.* 2009; 35(6): 781–789, doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00908.x, indexed in Pubmed: 18991980.
  67. Leder S, Siwiak-Kobayashi M, Bilikiewicz A. Nerwice. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny.* PZWL, Warszawa 2006: 341–369.