

SOCIALNA FOBIJA

Blanka Kores Plesničar*

Bojan Zalar**

Socialna fobija je ena izmed tistih psihiatričnih motenj, ki jih najpogosteje podcenjujemo, njihovega pomena za posameznika in skupnost pa ne prepoznamo dovolj dobro. Posameznik, ki trpi zaradi bremena socialnih stikov ali zaradi izjemnega strahu pred socialnimi stiki, le redko najde moč za direktno srečanje z zdravnikom in za izpoved svojih težav.

Socialna fobija je povezana s pomembno prizadetostjo posameznika, večinoma je dolgotrajna motnja, še pomembnejša pa je njena komorbidnost z drugimi psihiatričnimi motnjami (1,2).

Epidemiološki podatki

Socialna fobija kot psihiatrična motnja se je prvič pričela pojavljati v literaturi v 60 –ih letih, čeprav prvi opisi te fobije segajo v leto 1846, ko je nemški psihiater Casper opisal eritrofobijo s komorbidno depresijo (3). V sedanjem času jo je Liebowitz opisal z izrazom »zanemarjena anksiozna motnja« (2).

Po sodobnih epidemioloških podatkih in uporabi najnovejših klasifikacijskih sistemov je življenjska prevalenca socialne fobije od 10% do 16%, čeprav se podatki medsebojno razlikujejo in ocenjujejo prevalenco od 0% pa do 22,6% (4). Različne ocene prevalence socialne fobije v epidemioloških študijah kažejo na osrednji diagnostični problem te motnje, saj diagnostični kriteriji še vedno niso ustrezno opredeljeni. Kot so s časom nastajali različni klasifikacijski sistemi, se je spreminjala tudi ocena pojavnosti te motnje. Agras je leta 1969 (5) ocenil prevalenco socialne fobije z 2%. Ko so vpeljali klasifikacijo DSM III R pa so prevalenco ocenili na 13,3% (3). Po nekaterih podatkih je socialna fobija druga najpogostejša duševna motnja v populaciji (6).

* As.mag. Blanka Kores Plesničar, dr. med., Psihiatrična klinika, Studenec 48, Ljubljana-Polje.

** Dr.Bojan Zalar, prof.psih., Psihiatrična klinika, Studenec 48, Ljubljana-Polje.

Socialna fobija je bolezen mladih, saj pogosto prične v adolescenci ali pa celo v otroštvu. Montgomery (7) navaja, da nastopi pred 20. letom starosti pri 95% prizadetih, v 40% pa celo pred desetim letom starosti. Podatki o razporejenosti med spoloma se v različnih študijah razlikujejo, od višjega odstotka pri ženskah (1,5:1) (8), pa do višjega odstotka moških, ki poiščejo pomoč ali uporabljajo kopirajoče strategije (7). Po MKB 10 je razporejenost med obema spoloma enaka (9). Socialna fobija ne razlikuje med kulturami, čeprav je njeno sprejemanje v posameznimih kulturah lahko različno oz. ima lahko različno kulturološko izraznost. Povsod pa prizadene posameznika v ekonomskem stanju in zmožnosti zaslužka. Moteni socialni odnosi pa so lahko vzrok za pogostejši samski stan.

Značilnosti socialne fobije

Velikokrat se zastavlja vprašanje, ali je socialna fobija sinonim za pretirano sramežljivost. Sramežljivost je pogosta osebnostna lastnost, redko opredeljena kot problem. Socialno fobijo je po nekaterih avtorjih možno opredeliti kot ekstremno sramežljivost oz. kot patološko sramežljivost (10), ki pa že predstavlja velik zdravstveni in osebnostni problem.

Sramežljivost kot osebnostna sled je pogosta že pri otrocih. Otroci v svojem razvoju pričnejo spoznavati, da je nekaj v zvezi z njimi vedno ocenjevano in presojava. Preko takega ocenjevanja pa spoznavajo, kako izgledajo v očeh drugih in kakšne socialne spretnosti pri tem potrebujejo. Nekateri tega razvoja s pozitivnimi spoznanji in kopirajočimi mehanizmi ne zmorejo; pri njih se razvije visoka stopnja sramežljivosti ali pa celo socialna fobija (10).

Socialna fobija, kot jo opredeljujeta MKB 10 (9) in DSM IV (11), je motnja, ki pogosto prične v adolescenci in za katero je značilen pretiran strah, da osebo ocenjujejo in presojava v različnih socialni situacijah ter strah, da se bodo osramotili ali bili ponižani, zato se takim situacijam izogibajo.

V ogrožujočih situacijah so lahko prisotni psihovegetativni znaki, kot je zardevanje, tremor rok, siljenje na bruhanje ali potreba po pogostem uriniranju. Nekateri bolniki so prepričani, da so ti sekundarni znaki anksioznosti primaren problem, simptomi pa lahko vodijo tudi v panične napade. Izogibanje socialnim situacijam je izrazito in lahko povzroča

popolno socialno izolacijo prizadetega. Obe klasifikaciji kot diagnostični kriterij uporabljata vedenjske spremembe, zahtevata pa prisotnost iracionalnega in trajnega strahu (9,11).

Diagnostična načela po MKB 10 so:

- za diagnozo morajo biti izpolnjeni vsi kriteriji,
- psihološki, vedenjski ali avtonomni simptomi morajo biti primarna manifestacija anksioznosti in ne sekundarni na druge simptome, kot so blodnje ali depresivne misli,
- strah mora biti omejen ali najbolj izražen v določenih socialnih situacijah,
- vedno, kadar je to možno, je prisotno izogibanje fobičnim situacijam.

V DSM IV je poseben diagnostičen kriterij (kriterij E), ki zahteva prisotnost pomembnega prepletanja s socialnimi aktivnostmi. MKB 10 pa opozarja zoper uporabo te prizadetosti kot diagnostičnega kriterija zaradi odvisnosti od socialnega okolja, ki je lahko pod kulturološkim vplivom in različen glede na socialne situacije.

Glavna značilnost socialne fobije je prekomeren strah osebe, da jo bodo drugi negativno ocenili v različnih socialnih situacijah. Te situacije so lahko generalizirane, kjer strah zajema praktično vse socialne stike in situacije, pogosto tudi znotraj družine, ali pa so negeneralizirane, kjer je strah omejen na specifične situacije. Osebe z generalizirano socialno fobijo se razlikujejo od tistih z diskretno socialno fobijo, saj bolj trpijo zaradi funkcionalne nezmožnosti, pogosteje imajo komorbidne psihiatrične motnje, njihovi družinski člani pa socialno fobijo (12,13,14).

Za ljudi, ki trpijo zaradi socialne fobije, so lahko provokativne številne vsakodnevne situacije, kot npr. uživanje hrane v javnosti, doma ali pri znanih osebah, uporaba telefona, govorjenje v javnosti, predstavljanje, sprejemanje obiskov, nastopanje pred drugimi, srečavanje ljudi z avtoriteto. Vsaka od teh je situacija izražanja ali predstavljanja sebe pred opazovalcem ali opazovalci, za katere ljudje s socialno fobijo menijo, da so hudi kritiki, ne pa nevtralni opazovalci. Strah pred osramotitvijo vodi v izogibanje socialnim situacijam oz. v hud emocionalni stres.

Socialna fobija predstavlja za posameznika veliko breme. Je invalidizirajoča motnja, podobno kot panične motnje ali depresija, saj

pomembno okvari njegovo kvaliteto življenja in povzročča dolgotrajne posledice. Izobrazbena stopnja teh oseb je pogosto nižja, ker ne zmorejo šolskih situacij, kasneje pa se težje zaposlijo. Z omejenim potencialom za zaposlitev so povezane tudi mnoge ekonomske težave.

Nevrobiologija socialne fobije

Raziskovanje nevrobiologije socialne fobije je še vedno v začetku, vendar pa sicer redke študije že nakazujejo, da je socialna fobija neodvisna motnja, ki se razlikuje od drugih anksioznih motenj (15). Raziskovalci niso opazovali nobenih hormonskih sprememb ali motenj v različnih hormonskih oseh. Farmakološki model nakazuje, da so morda zajeti dopaminski, serotoninski in noradrenergični sistem, vendar brez znanega mehanizma (15). Nekatere študije so nakazovale možne nenormalnosti v postsinaptičnem sistemu oz. v sistemu sekundarnih prenašalcev. Biologija socialne fobije zahteva v prihodnosti še dodatne študije in raziskave.

Diferencialna diagnoza

Težave pri diagnosticiranju socialne fobije pogosto predstavljajo sekundarni simptomi anksioznosti, ki jih bolniki izražajo kot primarni problem. Zmedo predstavljajo tudi komorbidne motnje oz. ločitev socialne fobije od drugih psihiatričnih motenj. Zaradi tega je že v začetku nujno potrebna natančna anamneza in diagnostična ocena. V ocenjevanju simptomatike se najpogosteje uporabljata Liebowitz-eva lestvica simptomov socialne fobije in Sheenanova lestvica prizadetosti. V postopku diagnosticiranja mora biti pozornost usmerjena v pojasnjevanje situacij, v katerih nastopijo anksiozni simptomi in v razlikovanje med generalizirano ali specifično socialno fobijo. Socialna fobija se diagnosticira le, če so simptomi in neugodje izraženi do take mere, da ekstremno ogrožajo bolnikovo psihosocialno stabilnost.

- Depresija lahko pri posamezniku povzroči socialen umik, izogibanje socialnim situacijam, vendar zaradi primarnih depresivnih simptomov, ne pa zaradi strahu pred osramotitvijo in ocenjevanjem.
- Agorafobija z ali brez panične motnje je drugi problem v diferencialni diagnostiki. Agorafobijo označuje strah pred paničnim napadom ali izgubo kontrole v socialnih situacijah, iz katerih oseba

ne more pobegniti, ne označuje pa jo socialni strah in strah pred osramotitvijo.

- Izogibajoča osebnostna motnja in socialna fobija se prekrivata v diagnostičnih kriterijih. Nekateri smatrajo, da se celo popolnoma prekrivata (10,16). Millon in Martinez pa natančno opredelita razliko, saj je pri izogibajoči osebnostni motnji osnovni problem v odnosih do oseb, pri socialni fobiji pa do situacij (17). Judd (18) pa meni, da verjetno obe stanji predstavljata kontinuum znotraj socialne fobije.
- Izjemna sramežljivost pogosto zmede klinično ocenjevanje. Vse pretirano sramežljive ljudi bi lahko ocenili, da trpijo zaradi socialne fobije ali pa vsaj subsindromalne socialne fobije, kar pa v tem primeru pomeni »psihiatrizacijo« in pretirano oceno. Sramežljivost je pogosto generalizirana in manj usmerjena v specifične situacije.

Socialna fobija in komorbidnost

Socialna fobija je pogosto združena z drugimi psihiatričnimi motnjami, odstotki o komorbidnosti in povezanosti z njimi pa se v različnih študijah razlikujejo.

Magee (13) navaja v študiji National Comorbidity Survey, ki je zajela 8000 oseb, da je samo 19% čistih socialnih fobij. Schneier (8) pa v svoji epidemiološki študiji, ki je zajela okoli 18000 oseb ugotavlja, da samo 29% oseb s socialno fobijo nima drugih psihiatričnih motenj.

Najpogostejše komorbidne motnje so:

Anksiozne motnje – okoli 56,9% oseb z diagnozo socialne fobije je v Mageejevi študiji imelo vsaj eno izmed anksioznih motenj, predvsem agorafobijo (19). Močno povezavo z agorafobijo ugotavljajo tudi drugi avtorji (20).

Afektivne motnje – visoka stopnja življenjske komorbidnosti z depresijo je prisotna v vseh epidemioloških študijah (3). Magee (19) ugotavlja, da ima 41,4% oseb s socialno fobijo anamnezo vsaj ene afektivne motnje. Podoben odstotek navaja tudi Lépine (3). Socialna fobija je primarna pri okoli 70% oseb s komorbidno depresijo, obe motnji se v istem letu pojavita pri okoli 15% oseb (3,20,21). Komorbidnost z depresijo je povezana z večjo globino in resnostjo depresivne motnje.

- Izjemno pomembna je tudi **samomorilnost**. Lépine in Lellouch (22) navajata, da je v populacijskem vzorcu oseb s socialno fobijo 21,9% oseb navajalo željo po smrti, 33,5% jih je imelo anamnezo samomorilnih misli, 18,6% pa samomorilne poskuse. Schneier (8) navaja, da je pri tistih z enostavno socialno fobijo bilo 0,9% samomorilnih poskusov v primerjavi z 15,7% pri komorbidnih motnjah. To pomeni, da komorbidna socialna fobija predstavlja za posameznika izjemen stres in je eno izmed stanj, ki ima lahko resne posledice. Komorbidnost z depresivno motnjo deloma razlaga povišano stopnjo samomorilnih tendenc, ni pa zanjo edini vzrok. Davidson (21) dokazuje močno povezanost med monosimptomatsko socialno fobijo in samomorilnimi poskusi (12,1%).
- **Zloraba substanc** je v povezavi s socialno fobijo že dolgo znana. Podatki iz epidemioloških in kliničnih študij pa se medsebojno razlikujejo (3). Epidemiološke študije navajajo nižje odstotke povezanosti. Merinkangas in Angst (23) sta po analizi 8 kliničnih študij poročala, da okoli 15% od alkohola odvisnih bolnikov izpolnjuje kriterije za socialno fobijo. Podobne rezultate je navajal tudi Servant (24) in jih je primerjal z 8,5% tistih od alkohola odvisnih, ki imajo generalizirano anksiozno motnjo in s 4,6% odvisnih od alkohola s panično motnjo in agorafobijo. Van Ameringen (25) je poročal, da pri 75% primerov sledijo nastopu socialne fobije težave z alkoholom in različnimi substancami.
- Motnje hranjenja in njihova povezanost s socialnimi fobijami ni dobro proučena. Lépine in Péliisolo (3) navjata, da socialna fobija nastopi pred motnjami hranjenja v 90% komorbidnih primerov z bulimijo in v 64% z anoreksijo.

Psihoterapevtsko zdravljenje socialne fobije

V zdravljenju socialne fobije lahko uporabljamo medikamentozno ali psihoterapevtsko zdravljenje ali kombinacijo obeh po predhodni oceni obsega prizadetosti in prisotnosti komorbidnosti drugih psihičnih motenj. Medikamentozna terapija lahko regulira nekatere nevrobiološke procese s vplivanjem na anksioznost, kar pa obratno vpliva na uporabo pozitivnih izkušenj v drugih situacijah. Še posebej je medikamentozna terapija indicirana pri komorbidnih motnjah, psihoterapevtski načini zdravljenja

pa običajno sledijo v kasnejših fazah zdravljenja socialne fobije. Socialna fobija je kronična motnja, zato je farmakoterapija dolgotrajna, tudi če je bila uspešna v akutnih situacijah. Trajanje medikamentoznega zdravljenja je odvisno od posameznika, prav tako tudi trajanje psihoterapevtskih intervencij. V psihoterapevtskih intervencijah, kot so trening socialnih spretnosti, terapija s preplavljanjem in kognitivna terapija ali kognitivno-vedenjska terapija, je pomoč običajno kratkotrajna, vendar še kako pomembna v lajšanju vsakodnevnih težav bolnikov s socialno fobijo.

Pomen prepoznavanja socialne fobije

Socialna fobija ima lahko pomembno življenjsko komorbidnost. Judd (18) navaja komorbidnost z enostavno fobijo v 59%, agorafobijo 45%, depresijo 17%, distimijo 12%, odvisnostjo od alkohola 19% in od zdravil 13%. Zato je potrebno socialno fobijo upoštevati v vsakem psihiatričnem intervjuju. Zdravljenje se lahko prične le takrat, ko so psihični simptomi pravilno in simptomatološko opredeljeni. Z multifaktorsko naravo teh motenj je možna bolj elastična uporaba terapevtskih pristopov, ki je odvisna od resnosti motnje, komorbidnosti, ekonomskega stanja, bolnikovih zahtev. Kljub temu pa je lahko končni rezultat kronična motnja.

Zdravljenje je pomembno zaradi socialne fobije same in zaradi komorbidnih motenj med samimi anksioznimi in drugimi psihiatričnimi motnjami. Socialna fobija in panične motnje so najresnejše anksiozne motnje. Enotnih kriterijev za socialno fobijo še vedno ni, kar znotraj posameznih patoloških stanj velikokrat vodi do dezorientacije, s tem pa do napačnih ocen prevalence in izbire terapevtskih strategij. Dober psihiatričen intervju je pogosto prva stopnica v terapevtskem postopku socialne fobije same, pa tudi v zdravljenju še kako pomembnih komorbidnih motenj.

Literatura

1. Reich J, Goldenberg I, Vasile R, Goisman R, Keller M. A prospective, follow-along study of the course of social phobia. *Psychiatry Res* 1994;54:249-58.
2. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF: Social phobia. Review of an anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:729-36.
3. Lépine JP, Péliissolo A. Comorbidity and social phobia: clinical and epidemiological issues. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11(Suppl 3):35-41.
4. López-Ibor JJ, Ayuso Gutierrez JL. Social phobia: a debilitating disease that needs treatment. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(Suppl 6):11-6.
5. Agras SW, Silvester D, Oliveau D. The epidemiology of common fears and phobias. *Compr Psychiatry* 1969;439-47.
6. Tyrer P. Diagnostic anomalies in social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11(Suppl 3):29-33.
7. Montgomery SA. Pocket reference to social phobia by the WPA social phobia task force. London: Science Press, 1995.
8. Schneier FR, Johnson J, Hornih CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:282-88.
9. World Psychiatric Association. International Classification and Diagnosis - 10. Geneva: World Health Organization, 1993.
10. Stein MB. Phenomenology and epidemiology of social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(Suppl 6):23-6.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Fourth Edition). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
12. Heimberg RG, Holt CS, Schneier FR, Liebowitz MR. The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *J Anxiety Disord* 1993;7:249-69.
13. Manuzza S, Schneier FR, Chapman FT et al. Generalized social phobia: reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:230-7.
14. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R et al. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry* 1994;55:322-31.
15. Potts NLS, Book S, Davidson JRT. The neurobiology of social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11(Suppl 3):43-48.
16. Holt CS, Heimberg RG, Hope DA. Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *J Abnorm Psychol* 1992;101.318-25.
17. Millon T, Martinez A. Avoidant personality disorder. In *The DSM IV Personality Disorders*. Livesley WJ (ed). New York: Guilford Press, 1995.
18. Judd LL. Social phobia: a clinical overview. *J Clin Psychiatry* 1994;55(Suppl 6):5-9.
19. 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.
20. Lecrubier Y, Weiller E. Comorbidities in social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(Suppl 6):17-21.

21. Davidson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993;23:709-18.
22. Lépine JP, Lellouch J. Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clin Neuropharmacol* 1995;18(Suppl 2):15-26.
23. Merikangas KR, Angst J. Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic and genetic studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;244:297-303.
24. Servant D, Navarre C, Bailly D, Parquet PJ. Alcoolisme et troubles anxieux. Étude de la comorbidité dans une population d'alcooliques hospitalisés pour sauge. *Alcoolologie* 1990;2:62-8.
25. Van Ameringen M, Mancini C, Styan G, Donison D. Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *J Affect Dis* 1991;21:93-9.