



1. Opis poremećaja

1.1 Označavanje

Bolesna sramežljivost/plahost i izbjegavanje kontakata s drugim ljudima opisana je kao duševna patnja već u antičko doba, među ostalima i od Hipokrata. Oznaku *socijalna fobija* prvi je primijenio Janet 1903. godine ("phobie des situations sociales"). Taj se pojam u prvo vrijeme nije proširio, već se poremećaj uvrštavao u "fobične neuroze", često i pod različitim nazivima, kao na primjer u njemačkoj psihijatriji pod nazivima "antropofobija", "kontakt neuroza" ili "socijalna neuroza". U novije su vrijeme naziv "socijalna fobija" ponovno upotrijebili Marks i Gelder 1966. godine. Oni definiraju socijalne fobije kao "fobije od socijalnih situacija, koje se izražavaju u različitim reakcijama kao što su to sramežljivost, strah od crvenjenja u javnosti, od jedenja u restoranima, od susreta s muškarcima ili ženama, od odlaska na ples ili domjenak ili od drhtanja ako se osoba nađe u središtu pažnje" (str. 228).

Socijalna fobija je kao samostalan poremećaj uvrštena u *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*

Kasno
uključivanje
psihijatrijske
klasifikacije

je Američke psihijatrijske udruge (APA, 1980) tek 1980. godine. Oslanjajući se na Marksa i Geldera, poremećaj je najprije bio koncipiran kao usko opisana specifična fobija. Zahvaljujući kasnijim revizijama DSM priručnika, značajno je proširen pojmovni sadržaj ovog poremećaja, pa sada obuhvaća i snažno generalizirane i ometajuće kronične socijalne strahove. S obzirom na proširenu definiciju i teške učinke koje poremećaj izaziva, danas se često pojam "socijalna fobija" više ne smatra primjerenim, pa se posljednjih godina u stručnoj literaturi sve više koristi pojam "socijalni anksiozni poremećaj".

1.2 Definicija

Uvjerenje da se radi o neugodnom/mučnom ponašanju ili tjelesnim simptomima

U *Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i uzroka smrti* uvedena je dijagnoza socijalne fobije tek 1991. godine u 10. verziji te klasifikacije (MKB-10, WHO, 1991). U kriterijima (pogledajte okvir) navedeni situacijski okidači (A) nešto su manje detaljno opisani nego u DSM-IV. Osim toga su tjelesni simptomi navedeni u kriterijima pod B manje relevantni za samu dijagnozu, pa se stoga često daje prednost DSM-IV kriterijima (aktualiziranima u reviziji teksta, APA, 2000).

Središnje obilježje socijalnih fobija je uvjerenje ili očekivanje da će drugi ljudi naše ponašanje ili vidljive tjelesne simptome, poput crvenjenja, znojenje i drhtanja, smatrati smiješnima. Te bojazni mogu, s jedne strane, biti izazvane u situacijama u kojima drugi ljudi promatraju i ocjenjuju naše postupke (tzv. situacije izvršavanja ili izvođenja neke radnje), kao na primjer kad moramo govoriti ili jesti u javnosti. Socijalne fobije mogu se, s druge strane, odnositi na situacije interakcija, kao kada moramo razgovarati s nepoznatom osobom ili uspostaviti kontakt očima, ući u interakciju s osobom suprotnog spola ili s nekim autoritetom itd. Često nailazimo na bojazni koje se ne odnose na ponašanje, već na pojavu vidljivih tjelesnih simptoma, na prvom mjestu cr-

Dijagnostički kriteriji za socijalnu fobiju prema MKB-10 (300.23) (WHO, 1992)

A: Ili (1) ili (2):

- (1) jasan strah osobe da će se u situacijama kada je u središtu pažnje ponašati na način zbog kojeg će se osjećati poniženo i osramoćeno,
- (2) očito izbjegavanje situacija u kojima bi osoba bila u središtu pažnje ili situacija u kojima bi se zbog svog ponašanja mogla osjećati neugodno ili poniženo.

Ovi se strahovi pojavljuju u situacijama kao što su jedenje ili govorenje u javnosti, javni susreti sa znancima, dolazak u ili sudjelovanje u manjim grupama, kao na primjer na domjenicima, sastancima ili u predavaonicama.

B: Najmanje dva simptoma straha u prijetecim situacijama, najmanje jednom od pojave poremećaja, te usto najmanje jedan od sljedećih simptoma:

- (1) crvenjenje ili drhtanje,
- (2) strah od povraćanja,
- (3) potreba za uriniranjem ili defekacijom, ili strah od pojave te potrebe.

C: Očito emocionalno opterećenje simptomima straha ili izbjegavanjem. Uviđanje da su simptomi ili ponašanje izbjegavanja pretjerani i nerazumni.

D: Simptomi su uglavnom ograničeni na prijetee situacije ili misli o njima.

E: Simptomi kriterija A nisu uvjetovani deluzijama, halucinacijama ili nekim drugim simptomima organski uvjetovanih psihičkih poremećaja, shizofrenije i srodnih poremećaja, afektivnim ili kompulzivnim poremećajima, niti su posljedica nekog kulturalno prihvaćenog stajališta.

venjenja, znojenja i drhtanja. Te su bojazni rjeđe usmjerene na mucanje, vlastiti glas ili na probavne simptome navedene u MKB-10. Osobe sa socijalnim fobijama uvjerenе su da je njihovo ponašanje ili da su njihovi tjelesni simptomi "čudni" ili "smiješni" ili da ih drugi ljudi ocjenjuju kao neuspjeh ili kao nešto sramotno.

Intenzivne reakcije straha praćene su u pravilu tjelesnim simptomima, naročito simptomima kardiovaskularnog sustava, koji su karakteristični za povećanu razinu uzbuđenja autonomnog živčanog sustava (intenzivno lupanje srca, mučnina, proljev, mišićna napetost). Nerijetko se ti simptomi u susretu s kritičnim situacijama pretvaraju u napadaje panike, praćene uvjerenjem o gubitku kontrole nad vlastitim tijelom.

Izbjegavanje
ili podnošenje
socijalnih
situacija

Daljnji kriterij socijalne fobije je snažna sklonost izbjegavanju zastrašujućih situacija, u kojima bi se moglo pojaviti neugodno ponašanje ili nepoželjni tjelesni simptomi. To izbjegavanje može dovesti do povlačenja pogodene osobe iz socijalnih odnosa, do izbjegavanja partnerskih odnosa ili zahtjevnih poslovnih situacija. Ali budući da se kritične socijalne situacije baš i ne mogu potpuno izbjeći, mnoge osobe koje pate od socijalne fobije doživljavaju unaprijed trajni, tzv. anticipacijski strah, pa stoga mogu izdržati socijalne situacije tek uz najveće moguće emocionalno opterećenje.

Vrlo štetan
utjecaj zbog
socijalnih
posljedica

S obzirom na veliku učestalost socijalnih stavova u općoj populaciji, kao i difuznu granicu između subkliničkih strahova i klinički važnog poremećaja straha, izuzetno je važno koji će se kriterij koristiti za određivanje klinički značajnog oštećenja. Pri tome treba naročito uzeti u obzir socijalne probleme koji proizlaze iz izbjegavanja: osamljenost, izolaciju i pomanjkanje partnera u privatnom životu ili preuranjeni prekid školovanja i obavljanje neke nekvalificirane ili slabo kvalificirane djelatnosti, pa čak i nezaposlenost. Ponekad osobe pogođene socijalnom fobijom odbijaju unapređenja

u poslu ili napuštaju dobra radna mjesta zbog straha od socijalnih zahtjeva. Zbog toga je važno vrlo brižljivo utvrditi oblike izbjegavanja i njihove posljedice.

Za dijagnozu je nužan i uvid u pretjeranost postojećih bojazni. Međutim, to mnoge osobe jasno ne priznaju. Često pogođene osobe doživljavaju svoje bojazni zbog intenziteta emocija kao "očite". Bolesnici mogu pretjeranost svojih bojazni bolje prosuditi ako se u nekoj od zastrašujućih situacija mogu distancirati od svojih intenzivnih emocija. Međutim, već i sama predodžba mučnih načina ponašanja i neugodnih simptoma može izazvati toliko snažan strah da se pogođena osoba nije u stanju od njega distancirati. Kriterij uvida ponajviše služi za razgraničavanje socijalne fobije od psihotičnih poremećaja. Ako se pacijent ne može udaljiti od svojih bojazni, tada treba provjeriti u kojoj se mjeri te bojazni razumljive i postoje li možda neki indikatori za psihozu.

DSM-IV predviđa i mogućnost određivanja podvrste generalizirane socijalne fobije kod koje se strah pojavljuje "u većini socijalnih situacija". Komplementarna podvrsta fobije, koja se "ne generalizira" često se označava kao "izdvojena" ili "specifična" socijalna fobija. U pravilu se kod generalizirane podvrste radi o težoj fobiji i povećanoj potrebi liječenja. Nažalost, nema točnih smjernica kako se definiraju "situacije" i koliko je situacija za dijagnozu generalizirane socijalne fobije potrebno. Do dobrog rješenja tog problema može se doći primjenom standardiziranih upitnika koji se odnose na situacije i imaju određene kritične bodove za pojedine podvrste (npr. Liebowitzeva ljestvica, pogledajte odlomak 1.8).

U suprotnosti s ranijim izdanjima DSM priručnika, u sadašnjem DSM-IV-TR (APA, 2000), dijagnoza socijalne fobije više ne isključuje istodobnu dijagnozu izbjegavajućeg/nesigurnog poremećaja ličnosti. Ovaj je poremećaj obilježen "dubokim obrascem socijalne zakočenosti, osjećajima nedostatnosti i prevelikom osjetljivošću na negativne prosudbe".

Ne postoji uvijek uvid u pretjeranost bojazni

Česta je generalizirana podvrsta

Veliko preklapanje s izbjegavajućim/nesigurnim poremećajem ličnosti

**Specifična
obilježja kod
djece**

S ciljem razgraničenja ovog poremećaja od socijalne fobije, kriteriji se usredotočuju na strah od bliskih međuljudskih *odnosa*, a manje na strah od socijalnih posljedica vlastitog ponašanja u socijalnim *situacijama*. Ipak, kriteriji se u znatnoj mjeri preklapaju, jer se čak 6 kriterija za izbjegavajući/nesigurni poremećaj ličnosti odnosi na socijalne interakcije. Taj će problem moći biti riješen tek budućim revizijama dijagnostičkih klasifikacijskih sustava.

Dok je u ranijim DSM izdanjima socijalna fobija bila primjenjivana samo na odrasle osobe, u DSM-IV (APA, 2000) predviđena je i za djecu, pa su u tu svrhu formulisani i specifični kriteriji. Tako se predviđa da su djeca u stanju uspostaviti socijalne odnose s poznatim osobama koji su primjereni njihovoj dobi. Povrh toga, djeca češće pokazuju svojoj dobi primjerene reakcije straha (hvatanje za roditelje, plač, vika, napadaji bijesa ili zakočenosti) nego tipičan obrazac izbjegavanja ili povlačenja. Mogućnost uvida u pretjeranost postojećih strahova vrlo je mala. Osim toga su djeca manje sposobna izvijestiti o kognicijama ili mislima kojima umanjuju vlastitu vrijednost, već češće govore da nisu ni na što mislili ili da nisu imali nikakvih misli. Kriterij za razgraničavanje s prolaznim, razvojno uvjetovanim povlačenjem je trajanje tih reakcija straha, koje moraju biti prisutne najmanje 6 mjeseci. Zbog postojanja navedenih ograničenja, smatra se da pouzdana dijagnoza nije moguća prije 8. godine života.

1.3 Diferencijalna dijagnoza

Razlikovanje socijalne fobije od ostalih anksioznih i depresivnih poremećaja često nije jednostavno zbog postojećih paralelnih simptoma i velikog komorbiditeta. U tablici 1 prikazan je pregled zajedničkih obilježja i onih po kojima se ti poremećaji razlikuju. Općenito se socijalna fobija može

razlikovati od ostalih anksioznih poremećaja ponajprije na temelju analize uvjeta koji je izazivaju i sadržaja strahova.

Zbog velikog preklapanja simptoma, posebno je teško postaviti diferencijalnu dijagnozu u odnosu na agorafobiju. S jedne je strane prisutnost drugih ljudi za oba poremećaja mogući povod za reakcije straha, a s druge se strane mogu agorafobične reakcije pojavljivati zajedno sa strahom da se osoba pred drugima ne osramoti. Općenito su, međutim, pacijenti s agorafobijom, za razliku od onih sa socijalnom fobijom, skloni priznati da u nekim situacijama doživljavaju strah i kad su *sami* (npr. sami kod kuće, sami u dizalu ili u praznoj robnoj kući). Napadaji panike ne pojavljuju se samo kod agorafobije, nego i kod oko 50% pacijenata sa socijalnom fobijom, pa u tim slučajevima mogu dovesti do sekundarnog agorafobičnog izbjegavanja. U pravilu je za diferencijalnu dijagnozu potrebna temeljita eksploracija situacija koje pokreću fobične reakcije, kao i izazvanih kognicija i ponašanja, po mogućnosti i uz primjenu specifičnih upitnika namijenjenih ispitivanju tih poremećaja. Važni indikatori mogu biti i tjelesni simptomi. Za socijalne fobije tipični su tjelesni simptomi crvenjenje, drhtanje (mišićni trzaji) i znojenje, dok su za agorafobiju i/ili napadaje panike tipični simptomi vrtoglavice, osjećaj slabosti, lupanje srca, bolovi u prsnom košu i zujanje u ušima.

Socijalne fobije i depresivni poremećaji pokazuju niz paralelnih simptoma. To su na prvom mjestu socijalno izbjegavanje i negativna slika o sebi. Kod depresivnih pacijenata pojavljuje se socijalno povlačenje u fazama i usklađeno s depresivnim raspoloženjem, popraćeno tipičnim spektrom simptoma karakterističnih za depresivnu epizodu. Kod osoba sa socijalnim fobijama vidljivo je, međutim, općenito izbjegavanje socijalnih situacija. U načelu se često pojavljuje komorbiditet socijalnih fobija i depresivnih poremećaja, pa su primjenjive obje dijagnoze (pogledajte odlomak 1.7).

Tablica 1
Diferencijalna dijagnoza socijalne fobije/
socijalni anksiozni poremećaj

Diferencijalna dijagnoza za:	Zajedničko obilježje	Razlikovno obilježje za socijalnu fobiju (SF)
Depresivni poremećaj	Socijalni strahovi i socijalno povlačenje/izbjegavanje; negativna slika o sebi	Očekivano odbijanje ovisno o raspoloženju, općeniti gubitak poticaja/interesa (SF: strah od osramoćivanja); procjena samog sebe neovisna o procjenama drugih ljudi (SF: ovisna o procjenama drugih)
Agorafobiju	Izbjegavanje situacija u kojima ima mnogo ljudi	Strah i kad je osoba sama, izbjegavanje bespomoćnosti (SF: strah od osramoćivanja/procjene smanjene vrijednosti)
Panični poremećaj	Doživljaj straha od gubitka kontrole nad tjelesnim funkcijama	Simptomi se procjenjuju kao vitalna (SF: socijalna) prijetnja; simptomi kojih se osoba boji najčešće nisu vidljivi, kao npr. kardiovaskularni, pomanjkanje zraka, vrtoglavice (SF: vidljivi simptomi)
Generalizirani anksiozni poremećaj	Zabrinutost zbog socijalnih situacija	Anticipacija mnogih (uglavnom nesocijalnih) katastrofalnih događaja (SF: očekivanja osobe da će zakazati u ispunjavanju socijalnih standarda ponašanja)
Prisilne misli	Strah od socijalno neprihvatljivog ponašanja, izbjegavanje socijalnih situacija, osjećaj srama	Osjećaj gubitka kontrole nad vlastitim akcijama; opsceni sadržaji (SF: očekivanja da će zakazati u ispunjavanju socijalnih standarda ponašanja)
Tjelesni dismorfni poremećaj	Izbjegavanje, među ostalim, socijalnih situacija; osjećaji posramljenosti	Odbijanje zbog nagrđenog tjelesnog izgleda (SF: odbijanje zbog mučnog/neugodnog načina ponašanja, vidljivih simptoma)
Shizofreni poremećaji	Socijalno povlačenje/izbjegavanje	Temeljni kognitivni nedostaci (obrada složenih socijalnih podražaja), anhedonija, sumanutost (SF: pretjerane, ali razumljive i u načelu na iskustvu utemeljene bojazni, koje se mogu korigirati)

1.4 Epidemiologija

Niz epidemioloških studija na populacijama iz različitih kultura pokazuju da su socijalne fobije, suprotno ranijim pretpostavkama, jedan od najčešćih poremećaja straha u općoj populaciji. U procjeni učestalosti njihove pojave postoje znatne razlike koje se kreću od 1 do 4% u ranijim ispitivanjima, pa do 7-16% u kasnijim istraživanjima (pogledajte pregledni rad Wittchen i Fehm, 2003). S obzirom na različita vremenska razdoblja na koja su ispitivanja bila usmjerena, podaci o učestalosti kreću se u novijim ispitivanjima u rasponu od 7 do 12%, dok su procjene godišnje učestalosti pojave socijalnih fobija oko 6-8%, a mjesečne oko 3-4%. Te se varijacije tumače primjenom različitih istraživačkih metoda, dijagnostičkih kriterija i ispitivanih dobnih skupina. Ponovljena analiza epidemioloških podataka koju je proveo Narrow sa suradnicima (National Comorbidity Survey, 2002), potvrdila je da su socijalne fobije, čak i kad se primjenjuju uski, medicinski usmjereni kriteriji (među ostalim, posjet liječniku i uzimanje lijekova zbog postojećih simptoma), najčešći anksiozni poremećaj. Postoje indicije da je posljednjim desetljećima učestalost pojave socijalnih fobija u porastu. Tako je još jedna od ponovljenih analiza pokazala da učestalost socijalnih fobija u pojedinim životnim razdobljima, ispitivana na različitim kohortama i osobama različite dobi, raste (Heimberg, Stein, Hiripi i Kessler, 2000).

Neka epidemiološka ispitivanja pokazuju da je u općoj populaciji pogođeno nešto više žena nego muškaraca (3:2) (Wittchen i Fehm, 2003), dok je u kliničkim populacijama odnos spolova najčešće izjednačen. S obzirom na sociodemografske varijable, pogođene osobe u prosjeku imaju manja primanja i niži stupanj obrazovanja, pripadaju nižem društvenom sloju i češće su nezaposlene. Osobe sa socijalnim fobijama češće od drugih ljudi ne ulaze u brak. Ovi nalazi smatraju se izrazom teških socijalnih učinaka koji prate socijalne fobije.

Čestina u
populaciji 4%

**Rani početak
u djetinjstvu ili
mladosti**

Socijalne fobije kod mladih ljudi navješćuju kasniju zloupotrebu alkohola i droga, kao i ovisnost o alkoholu ili drogama (Zimmermann i sur., 2003).

Socijalne fobije u pravilu započinju u djetinjstvu ili ranoj mladosti. U različitim studijama prosječna dob početka socijalne fobije bila je između 10. i 13. godine. Prvo pojavljivanje socijalne fobije u odrasloj dobi je rijetko. Čini se da je rani početak rizični faktor za razvoj teške, generalizirane podvrste socijalne fobije (Wittchen i sur., 1999).

Socijalni strahovi mogu se, doduše, pojaviti vrlo rano, tj. u prvim godinama života, ali se ne mogu jednoznačno dijagnosticirati kao socijalne fobije. Postavljanje dijagnoze najranije je moguće tek u dobi od 8 godina, kad se može opažati interferencija socijalnih strahova sa socijalnim zahtjevima i socijalna oštećenja do kojih dolazi.

1.5 Rizični faktori

Među rizične faktore za razvoj socijalne fobije ubrajaju se, s jedne strane, genetski faktori i trajna obilježja osobe, poput plašljivosti i inhibiranog ponašanja, a, s druge strane, utjecaji okoline, kao na primjer interakcije roditelja i djeteta, neugodni socijalni doživljaji i negativna životna događanja (pregled u Rapee i Spence, 2004).

**Genetska
dispozicija**

Genetski faktori igraju vjerojatno važnu, iako umjerenu ulogu u dispoziciji za nastanak socijalne fobije. U ispitivanjima blizanaca (Kendler i sur., 1999) i obitelji (Lieb i sur., 2000) nađeno je učestalo pojavljivanje socijalnih fobija i socijalnih strahova. Rezultati, doduše, pokazuju da je ta genetska dispozicija više specifičan rizični faktor za nastanak anksioznih poremećaja nego socijalne fobije.

Plašljivost se definira kao stabilno, genetski utemeljeno obilježje ličnosti ("temperament"), koje se može manifestirati

u dva oblika socijalnog straha: (1) jednog ranog (1. godina života), somatskim simptomima obilježenog straha od nepoznatih osoba i (2) drugog, koji se pojavljuje kasnije (nakon 4. godine), a za koji je karakteristično povećano promatranje samog sebe, te kognitivni simptomi socijalnog straha. Longitudinalna ispitivanja pokazuju, doduše, da te reakcije straha u djetinjstvu ne doprinose značajno predviđanju nastanka socijalne fobije u odrasloj dobi (Asendorpf, 2002).

Uz plašljivost se kao o rizičnom faktoru za nastanak socijalne fobije raspravlja i o inhibiranom ponašanju. Smatra se da postoji genetska dispozicija za pojavu straha u nepoznatim situacijama i povlačenje iz tih situacija (Kagan i sur., 1984). U nizu ispitivanja nađena je povećana povezanost između retrospektivno ili u određenom vremenskom razdoblju utvrđenog inhibiranog ponašanja s kasnijom pojavom socijalne fobije. Budući da je ta povezanost bila veća od one s drugim poremećajima straha, pretpostavlja se da se radi o specifičnom faktoru ranjivosti (Bodermann i sur., 2001).

Među potencijalnim faktorima koji u djetinjstvu povećavaju rizik za kasniji razvoj socijalne fobije, najveća se važnost pripisuje stilu odgajanja djeteta. Retrospektivni izvještaji odraslih osoba sa socijalnom fobijom, te direktna opažanja interakcija roditelji-dijete, upućuju na odgojni stil roditelja koji karakterizira povećana kontrola, previše zaštitničko ponašanje i malo emocionalne posvećenosti djetetu. Treba, međutim, pretpostaviti da takav stil odgoja nastaje iz recipročne interakcije, pa tako jedno vrlo povučeno dijete izaziva kod majke sklonost povećanoj kontroli i pretjeranom zaštićivanju, što kod djeteta dovodi do sklonosti povlačenju itd. (Rapee i Spence, 2004).

Postoji niz nalaza koji pokazuju da se anksiozni poremećaji unutar obitelji prenose i učenjem po modelu (obiteljska transmisija). Tome u prilog mogao bi govoriti i podatak da djeca čiji roditelji imaju socijalnu fobiju češće razvijaju taj poremećaj nego djeca čiji roditelji nemaju neki psihički po-

**Plašljivost nije
značajan rizični
faktor**

**Inhibirano
ponašanje u
djetinjstvu**

**Pretjerano
zaštićivanje
djeteta i premala
emocionalna
posvećenost
roditelja**

**Socijalne
"traume"**

remećaj (Lieb i sur., 2000). Ipak, čini se da se ovdje radi o faktoru rizika koji vrijedi i za djecu roditelja s nekim drugim psihičkim poremećajem, a ne specifičnom faktoru rizika za nastanak socijalne fobije.

U retrospektivnim istraživanjima gotovo svaka druga pogođena osoba spominje neki neugodan socijalni doživljaj, koji je prethodio pojavi socijalne fobije (npr. izloženost ruganju djece u razredu, zadirkivanje od strane drugih, ponižavanje ili isključivanje iz grupe djece). Ti su nalazi djelomično potvrđeni u ispitivanjima djece sa socijalnom fobijom i njihovih vršnjaka (Rapee i Spence, 2004). Pri tome se negativne reakcije vršnjaka i sklonost povlačenju djece sa socijalnom fobijom uzajamno podupiru.

Osim neugodnih ili traumatskih doživljaja, osobe sa socijalnom fobijom govore i o teškim životnim događajima poput psihičkih poremećaja, raspada obitelji i braka, obiteljskih sukoba i seksualnog zlostavljanja. Iako su istraživanja povezana s velikim metodološkim teškoćama, kao, na primjer, pogrešnim sjećanjima, a teški životni događaji u djetinjstvu prate i druge psihičke poremećaje, nalazi ipak upućuju na to da negativna iskustva i životni događaji povećavaju rizik od razvoja socijalne fobije.

1.6 Tijek i prognoza

**Kroničan ili
fluktuirajući tijek**

Epidemiološke studije pokazuju da su socijalne fobije kronične, s prosječnim trajanjem od 20 do 30 godina. Općenito samo mali dio osoba sa socijalnim problemima doživi trajnu spontanu remisiju. Broj takvih slučajeva kreće se u različitim ispitivanjima između 11 i 48%. U jednom longitudinalnom ispitivanju je nakon 2 godine još uvijek 80% osoba sa socijalnom fobijom ispunjavalo kriterije za dijagnozu socijalne fobije, nakon 5 godina još 73%, a nakon 8 godina još 64% od 158 neliječenih osoba. Kod po prilici jedne trećine

remisija dolazi nakon 4-5 godina do ponovne pojave fobije (Keller, 2003).

Jedno prospektivno ispitivanje na mladima pokazalo je da se poremećaj najprije pogoršava, uz povremena poboljšanja i varijacije u intenzitetu simptoma. Nakon 24. godine života poremećaj ima u pravilu stabilan tijek, bez remisija (Wittchen i Fehm, 2003). Općenito se prirodan tijek socijalne fobije bez liječenja može, u usporedbi s paničnim poremećajem i depresijom, procijeniti kao mnogo povoljniji.

1.7 Komorbiditet

Velika većina osoba sa socijalnim fobijama pati i od dodatnih psihičkih poremećaja, pri čemu su najčešći anksiozni poremećaji, depresivni poremećaji i ovisnost o tvarima. U već spomenutoj studiji (National Comorbidity Survey, Magee i sur., 1996) 81% pacijenata sa socijalnom fobijom patilo je istodobno i od najmanje još jednog psihičkog poremećaja. Najveći komorbiditet postojao je između drugih anksioznih poremećaja (56,9%), naročito nekih specifičnih fobija, agorafobija i posttraumatskih poremećaja. Od pacijenata sa socijalnom fobijom 41,4% je imalo i afektivne poremećaje, naročito veliku depresiju; kod 39,6% postojala je zloupotreba droga ili ovisnost o drogama. Ako zanemarimo klinički manje relevantne specifične fobije, tada je kod socijalnih fobija velika depresija najčešća komplikacija. U pravilu se, međutim, radi o više psihičkih poremećaja koji se pojavljuju uz socijalnu fobiju: kod 19% postoji samo jedan, kod 14% dva, kod 48% tri dodatna poremećaja. Kada uz socijalnu fobiju postoji komorbiditet s drugim poremećajima, tada su ograničenja u socijalnim odnosima i socijalnim ulogama još mnogo veća nego kod "nekomplikiranih" socijalnih fobija (Stein i Kean, 2000).

Vrijedi i obrnuto jer je socijalna fobija česti komorbidni poremećaj kod drugih psihičkih poremećaja. Po prilici svaki

Veliki
komorbiditet
s depresijom,
ovisnostima
i anksioznim
poremećajima

treći pacijent s afektivnim poremećajem pati istodobno i od neke socijalne fobije (Zimmerman i sur., 2002); oko dvije trećine tih osoba primarno traže pomoć zbog socijalne fobije. I u ispitivanjima žena koje su patile od poremećaja hranjenja nađena je povećana učestalost istodobne pojave socijalne fobije (20%) (Kaye i sur., 2004).

U većini slučajeva socijalna fobija prethodi poremećaju koji se s njom zajedno pojavljuje, naročito u slučajevima ranog početka socijalne fobije. Depresije i zloupotreba alkohola najčešće su posljedice socijalne fobije. Socijalne fobije koje se kasnije pojavljuju, što je rjeđi slučaj, češće su sekundarna posljedica drugih poremećaja. Na temelju toga moguće je zaključak da su socijalne fobije čest rizični faktor za nastanak dodatnih psihičkih poremećaja, prije svega depresije i bolesti ovisnosti.

Tumačenje čestog nastanka sekundarne depresije moglo bi biti da kod težih socijalnih fobija nastaje snažna sklonost izbjegavanju, praćena sve većom demoralizacijom i negativnom slikom o sebi. U prilog tome govori i podatak da je kod komorbidne depresije jako povećan rizik za suicid: 71% osoba sa socijalnom fobijom izjavljuje da ima suicidalne misli, a 34% spominje i pokušaje suicida (Nelson i sur., 2000). Pri tome je rizik za samoubojstvo tri puta veći nego kod osoba s velikom depresijom, ali bez socijalne fobije.

Sekundarna zloupotreba tvari i sekundarna ovisnost mogle bi proizlaziti iz pokušaja uzimanja nekih tvari kao oblika samoliječenja napetosti. Međutim, socijalne fobije mogu nastati i kao posljedica ovisnosti, jer se ovisne osobe boje stigmatizacije, bilo zbog simptoma sustezanja, bilo zbog problema na poslu.

1.8 Dijagnostički postupak

S obzirom na teškoće s razgraničavanjem subkliničkih socijalnih strahova od socijalnih fobija i drugih psihičkih po-

remećaja, kao i učestalog komorbiditeta, preporuča se upotreba dijagnostičkih pomagala kako bi se što točnije utvrdila dijagnoza socijalne fobije.

Za postavljanje dijagnoze prema MKB-10 ili DSM-IV mogu se koristiti odgovarajući moduli iz Strukturiranog kliničkog intervjua za DSM-IV-Os I (SKID-I, Wittchen, Zaudig i Fydrich, 1997 [na hrvatskom jeziku objavila Naklada Slap, 2000]), kao i Dijagnostički intervju za psihičke poremećaje (DIPS, Margraf, Schneider i Ehlers, 1994). Primjenom DIPS intervjua prikupljaju se i dodatne informacije za dijagnozu, koje mogu kasnije biti uzete u obzir prilikom izrade plana terapije ili razmatranja indikacija.

Primjena psihometrijski evaluiranih upitnika u kliničkoj praksi korisna je i za trijažu i za utvrđivanje težine poremećaja. U tu su svrhu posebno prikladni specifični instrumenti namijenjeni ispitivanju određenih poremećaja:

- Ljestvica socijalne fobije (SPS) i Ljestvica anksioznosti u socijalnim interakcijama (SIAS, Mattick i Clarke, 1998; njemačku verziju izradili Stangier, Heidenreich, Berardi, Golbs i Hoyer, 1999), svaka sa po 20 čestica. SPS zahvaća strah od situacija u kojima se pogođena osoba izlaže ocjenjivanju od strane drugih. SIAS se odnosi na strahove u situacijama socijalne interakcije. Obje ljestvice imaju zadovoljavajuću, pa i dobru unutarnju konzistenciju i diskriminativnu valjanost. Postoje kritične točke koje razdvajaju osobe sa socijalnom fobijom od onih s drugim poremećajima, kao i od osoba bez psihičkih tegoba (Stangier i sur., 1999).
- Inventar socijalne fobije i anksioznosti (SPAI) (Turner, Beidel, Dancu i Stanley, 1989; njemačku verziju izradili su Fydrich, Scheurich i Kasten, 1995) sadrži 25 čestica, koje se odnose na socijalne strahove vezane uz različite skupine osoba (npr. nepoznatih ljudi, pretpostavljene ili autoritete, druge ljude općenito).

**Primijeniti
upitnike
namijenjene
specifičnim
poremećajima**

Neke čestice se ocjenjuju pomoću određivanja srednje vrijednosti iz nekoliko podčestica, tako da upitnik ima ukupno 63 pitanja. Osim simptoma vezanih uz socijalnu fobiju, jedna od podljestvica zahvaća i agorafobične simptome. Odgovaranje na SPAI traži više vremena od odgovaranja na SIAS i SPS, ali su rezultati osjetljiviji i na učinke terapije nego u ova druga dva upitnika. Postoje kritične vrijednosti za određivanje socijalne fobije i agorafobije.

- Inventar socijalne fobije (SPIN) (Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, Foa i Weisler, 2000; na njemačkom: Stangier i Steffens, 2001) sadrži 17 čestica i prikladan je kao trijažni instrument za socijalne fobije. Ispitana je pouzdanost i valjanost instrumenta. Postoje kritične vrijednosti za identifikaciju socijalnih fobija i razgraničenje od drugih psihičkih poremećaja i kontrolne skupine, koja nema psihičkih tegoba.
- Liebowitzeva ljestvica socijalne fobije (Liebowitz, 1987; njemački: Stangier i Heidenreich, 2005) je najčešće korišten instrument koji utvrđuje socijalne fobije na temelju prosudbe drugih ljudi. Na temelju polustrukturiranog intervjua određuje se opseg/intenzitet straha i čestina izbjegavanja u 24 socijalne situacije. Čestice se zbrajaju u posebnim podljestvicama socijalnog straha i straha vezanog uz postignuća i u ukupnoj ljestvici. Unutarnja konzistencija i valjanost njemačke verzije je zadovoljavajuća. Postoji kritična vrijednost za englesku varijantu ljestvice. Osim toga postoji i mogućnost kvantitativnog razdvajanja generalizirane od negeneralizirane podvrste socijalne fobije.

Navedeni instrumenti prikladni su i za evaluaciju učinaka terapije. Primjena upitnika smisljena je i za dijagnosticiranje komorbidnih poremećaja, poput npr. Beckova upitnika depresije za depresivne poremećaje (BDI-II objavljen na hr-

vatskom jeziku u izdanju Naklade Slap, 2009). Osim toga postoji još niz upitnika, koji se ne odnose na socijalne fobije. U njemačkom govornom području često se upotrebljava U-upitnik, čiji su autori Ullrich de Muynck i Ullrich (1977), koji zahvaća osobnu nesigurnost i nedostatke kompetentnosti. Upitnik je nastao na temelju pojma socijalnih kompetencija i može se samo u ograničenoj mjeri koristiti za dijagnostiku socijalnih fobija.

Osim toga postoje i neki upitnici koji se mogu koristiti za zahvaćanje važnih komponenti kognitivnog modela, poput Upitnika socijalnih kognicija (SPK, pogledajte Prilog, str. 150).