

A szociális szorongás kezelésének irányelvei felnőttkorban

I. A szociális szorongás meghatározása, előfordulása

A szociális szorongás (SAD) (korábban szociális fóbia) az egyik leggyakoribb szorongásos zavar, élettartam prevalenciája 13%. A zavar komoly kihívást jelent az egészségügyi ellátás számára, ugyanakkor sajnálatosan aluldiagnosztizált kórképnek tekinthetjük, hiszen gyakran nem ismerik fel a ráépülő másodlagos megbetegedések miatt. A SAD szövődményei között gyakori a depresszió (19%), a generalizált szorongásos zavar (5%), az agorafóbia és pánikzavar (6%) és a PTSD (3%), emellett alkoholfüggőséggel (49%) és drogfüggőséggel (29%) is gyakran társul. Az epidemiológiai vizsgálatok alapján a nők fokozottabban ki vannak téve a szociális szorongás kockázatának, mint a férfiak (Asher, Asnaani, Aderka, 2017).

A DSM 5 kritériumrendszere a következőket foglalja magában:

- a. Kifejezett félelem vagy szorongás egy vagy több olyan társas helyzettel kapcsolatban, mely során a személy mások figyelmének van kitéve. Ilyenek például társas interakciók (pl. másokkal való társalgás, ismeretlenekkel való találkozás,), mások ráirányuló figyelme (pl. evés vagy ivás) vagy mások előtt való szereplés (pl előadás tartása).
- b. A személy attól fél, hogy úgy fog viselkedni vagy szorongásos tüneteket mutatni, aminek következtében negatívan ítélik meg (pl. megszégyenül vagy zavarba jön).
- c. A társas helyzetek csaknem mindig félelmet vagy szorongást provokálnak.
- d. A személy a társas helyzeteket kerüli vagy csak intenzív félelem vagy szorongás árán képes elviselni.
- e. A félelem vagy szorongás a társas helyzet által jelentett veszélyhez mérten aránytalan.
- f. A félelem, szorongás vagy elkerülés legalább hat hónapon át fennáll.
- g. A félelem, szorongás vagy elkerülés klinikailag jelentős szenvedést okoz, nem tulajdonítható valamilyen szer vagy egészségi állapot hatásának és nem magyarázható jobban más mentális zavarral.

A szociális szorongásnak két csoportját különítjük el:

- *Generalizált*: általában 11-12 éves kor körül kezdődik és a legtöbb társas helyzetre kiterjed.
- *Specifikus*: ebben az esetben a szociális szorongás csak néhány, jól körülhatárolható társas helyzetben jelenik meg, például nyilvános evés vagy ivás alkalmával. A specifikus SAD jellemzően 20-22 éves kor körül kezdődik.
-

II. Felismerés és állapotfelmérés a NICE irányelv alapján¹

A NICE irányelv hangsúlyozza az *egyén igényeihez igazított* megközelítés fontosságát, melynek része a páciensek megfelelő tájékoztatása és bevonása a döntéshozatalba, valamint az egyéni szükségletek és preferenciák figyelembevétele.

¹ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159> készült 2013-ban

ALAPELLÁTÁS

A páciensek először általában a szorongás testi tüneteit (pl. alvásproblémák, elpirulás, veritékezés, hányinger, fogyás, fejfájás) észlelik magukon, ezért háziorvoshoz fordulnak panaszaikkal. A szociális szorongás felismerése az alapellátásban jelentkező páciensek esetén a háziorvos feladata. A tünetek felmérésének két fő területre kell kiterjednie:

- Tart-e attól, hogy társas helyzetben megszégyenül, panaszkodik-e kisebbségi érzésekről vagy fél-e attól, hogy társas helyzetben alulmarad?
- Elkerüli-e azokat a helyzeteket, ahogy fennáll az esélye annak, hogy mások kritikusan megfigyelik?

Differenciáldiagnosztika: a szociális szorongást el kell különíteni más szorongásos zavaroktól, például az egészségszorongástól, amikor a félelem tipikusan valamilyen betegségre vonatkozik és a páciens emiatt kéri az orvosi vizsgálatot.

Pánikzavar esetén a szorongásos tünetek váratlanul, rohamszerűen alakulnak ki és tipikusan szívrohamtól, megfulladástól vagy az újabb rosszulléttől való félelem váltja ki.

A háziorvos a fenti szűrőkérdések alapján dönthet úgy, hogy pszichoterápiás ellátásra van szükség, és a páciens tovább irányíthatja pszichiátriai szakellátásba. A páciensek komplex felmérésének alapját a bio-pszicho-szociális szemlélet jelenti.

A szociális szorongással küzdőkre jellemző lehet, hogy a féltékenységüket, gátlásosságukat saját hibájuknak vagy gyengeség jelének tekintik, nem mernek beszélni róla vagy segítséget kérni, nem ismerik a kezelési lehetőségeket illetve gyakran kerülnek az egészségügyi személyzettel való kapcsolattartást. Az alapellátásban éppen ezért különös figyelmet kell fordítani arra, hogy az ilyen félték, gátlásos vagy szégyenlős személyek részére a kezeléshez való hozzáférést minél inkább elősegítsük. Előfordulhat, hogy a személy nem vállalja a személyes találkozót, ezért felajánlhatjuk az e-mail-es, telefonos konzultáció lehetőségét is.

SZAKELLÁTÁS

A szociális szorongás leghatékonyabb módja a pszichoterápia, amennyiben elérhető. A kezelés elején a szociális szorongás mértékének felmérésére van szükség, mely klinikai pszichológiai interjú és kérdőíves állapotfelmérés segítségével történik. A pszichoterápiás/klinikai pszichológiai interjú főbb pontjai a következők:

- a szorongás, distressz és a funkciókárosodás mértékének, valamint az elkerülő viselkedés kiterjedtségének felmérése;
- komorbid zavarok felmérése.

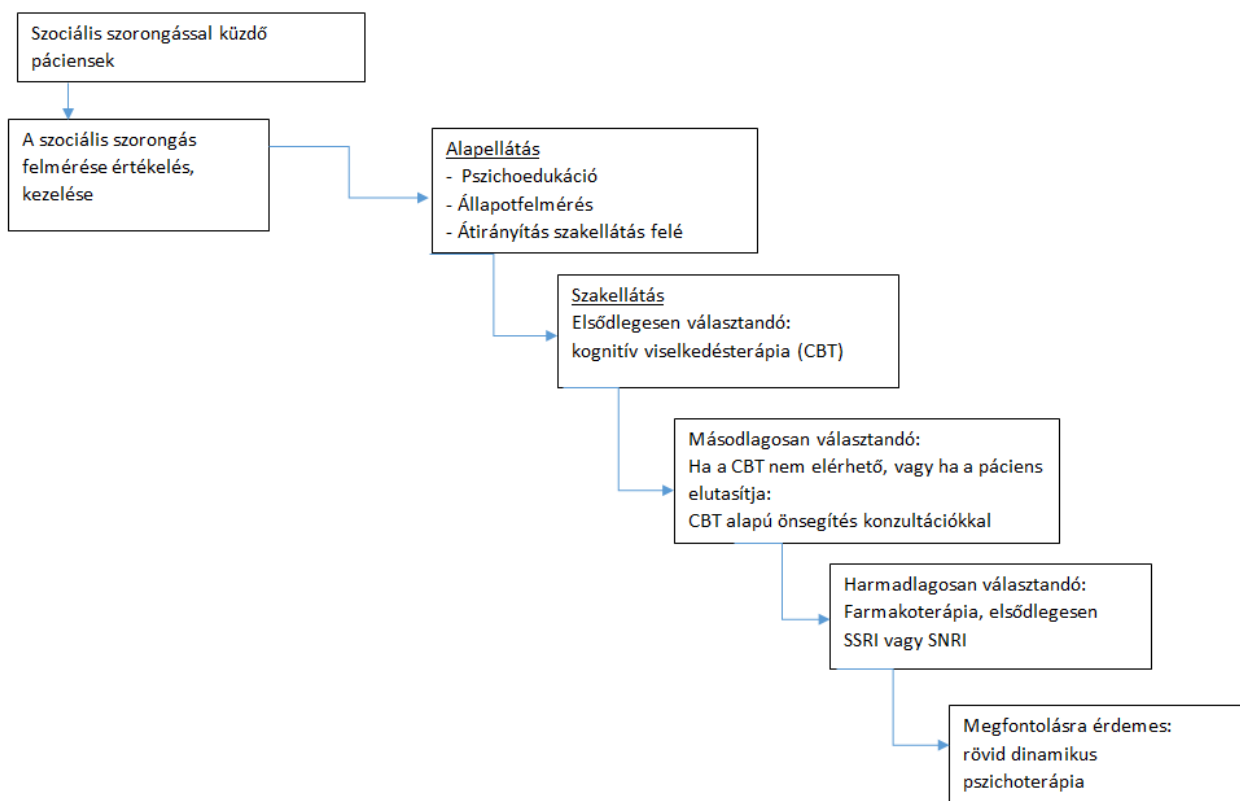
Az interjú során mérjük fel az alábbi tényezőket:

- félelmet keltő és elkerült helyzetek, szorongásos tünetek, a félelmek hátterében meghúzódó hiedelmek (pl. félelem az elpirulástól, félelem attól, hogy unalmasnak, butának fog tűnni vagy megszégyenüléstől való félelem)
- biztonságkereső viselkedések
- figyelem fókuszának iránya társas helyzetekben
- múltbeli események értékelése, jövőbeli eseményekkel kapcsolatos feltételezések
- foglalkozás, iskolázottság, szocioökonómiai státusz
- alkohol- és szerhasználat.

Kérdőíves állapotfelmérés: kifejezetten a szociális szorongás felmérésére a következő kérdőívek alkalmazhatók (In: Perczel-Forintos, Kiss és Ajtay, 2012):

- *Félelem a negatív megítéléstől kérdőív- rövid változat (FÉLNE-8)* (Perczel Forintos & Kresznerits, 2017)
- *Szegyenélmény skála (ESS)* (Vizin et al., 2016)
- *Szociális kogníció kérdőív (SCQ)* (Wells, A., 1997; ford. Perczel-Forintos D., 1999)
- *Társas viselkedés kérdőív (SBQ)* (Clark, D., 1996; ford. Perczel-Forintos D., 1999)
- *Spielberger Állapot- Vonás Szorongás Kérdőív (STAI)* (Sipos & Sipos, 1978)
- *Beck Depresszió Kérdőív (BDI)* (Kopp, Skrabski, & Czakó, 1990)

A szociális szorongás kezelésének lehetőségei a NICE irányelvek alapján



III. Kezelési lehetőségek a NICE irányelvek alapján ²

ALAPELLÁTÁS

Pszichoedukáció: a szociális szorongás diagnosztizálását követően a kezelés céljainak meghatározására és a terápiás lehetőségekkel kapcsolatos információnyújtásra kerül sor. Ennek elemei a következők:

- A betegség jellege, lefolyása, leggyakoribb komorbid zavarok: a szociális szorongással küzdők, a szorongás csökkentése céljából elkerülik a társas helyzeteket vagy inadekvát módon (pl. gyógyszer-, alkoholhasználat, túlzott étvágy) kezelik a feszültséget. Ennek következtében a zavarhoz sok esetben társul addikció vagy más pszichiátriai probléma, például depresszió.
- A betegség társadalmi és személyes működésre gyakorolt hatása: a szociális szorongással küzdők gyakran a képzettségüknél alacsonyabb szintű munkákat vállalnak, súlyosabb esetekben munkanélkülivé válnak vagy olyan munkát vállalnak, ahol a személyes kapcsolatok elkerülhetők pl távmunka.
- A szociális szorongás hátterével kapcsolatos általános vélekedések: az érintettek gyakran saját hibájuknak, gyengeségüknek tartják a betegséget, és szégyellnek segítséget kérni, ezért későn jutnak hozzá a megfelelő ellátáshoz.
- Tájékoztassuk a beteget arról, hogy a szociális szorongás legeredményesebben CBT-vel kezelhető.

SZAKELLÁTÁS

Az irányelvek szerint **elsődlegesen választandó** a kognitív viselkedésterápia (CBT), melynek főbb elemei:

- pszichoedukáció
- a problémahelyzetek elemzése
- biztonságkereső (szorongást csökkentő) viselkedések feltérképezése
- viselkedési kísérletek az önfigyelés módosítására
- gyakorlatok arra, hogy a személy figyelmi fókuszába a környezet kerüljön
- negatív önkép módosítása videó feedback segítségével
- diszfunkcionális hiedelmek, negatív gondolatok átértékelése
- visszaesések megelőzése

A CBT általában heti gyakorisággal, 14-20 héten keresztül tart. Ne alkalmazzunk rutinszerűen CBT alapú csoportterápiát, noha a hatékonyságát számos klinikai vizsgálat támasztja alá, az egyéni CBT a vizsgálatok szerint effektívebb és költséghatékonyabb.

Hatékonyságvizsgálatok:

Mayo-Wilson és munkatársai (2014) a szociális szorongás pszichoterápiás megközelítései közül egyedül az egyéni CBT-t találta bizonyítottan hatékonynak, összehasonlítva a pszichodinamikus és integratív módszerekkel, a szupportálással és a csoportos kognitív terápiával. Carpenter és munkatársai (2018) egy 41 vizsgálatot áttekintő metaanalízis eredményei alapján a CBT eredményességét várólistás kontrollcsoporttal szemben igazolta. Ezt kiegészítve 100 klinikai vizsgálat metaanalízise (Springer et al., 2018) alapján CBT hatására a páciensek 51%-nál érhető el jelentős tüneti remisszió. (Megjegyzendő, hogy

² A tudományos kutatások összefoglalása, melyek alapján a NICE iránymutatásai készültek aszociális szorongás vonatkozásában elérhető <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069> (letöltve 2020.07.08-án)

51%-os javulás egyetlen más módszerrel sem érhető el, de további kutatások szükségesek ahhoz, hogy nagyobb fokú javulást lehessen elérni).

A csoportterápiás eljárások közül a kognitív viselkedésterápiás csoport összehasonlítva kontrollcsoporttal eredményesnek bizonyult, a mindfulness alapú stresszcsökkentés (MBSR) azonban nem eredményezett szignifikáns javulást (Yoshinaga et al., 2016).

A szociális szorongás kezelésében gyakori az antidepresszáns gyógyszerelés, amely azonban a páciensek jelentős hányadánál nem vagy nem kellően hatékony (40-60%-nál nincs szignifikáns javulás). Egy kurrens randomizált kontrollvizsgálat (Faucher et al., 2016) adatai alapján 16 hetes CBT kezeléssel olyan pácienseknél is jelentős tünetredukció érhető el, akiknél a farmakológiai beavatkozás nem hatékony. Kombinált kezelés hatékonyságát vizsgálva Gingnell és munkatársai (Gingnell et al., 2016) eredményei alapján az internet alapú kognitív viselkedésterápia (iCBT) hatékonysága antidepresszáns gyógyszereléssel növelhető (placebo és iCBT kombinációval összehasonlítva).

Másodlagosan választandó (ha a CBT nem elérhető vagy ha a páciens visszautasítja):

CBT alapú önsegítés

- CBT alapú önsegítő könyv alkalmazása mellett általában 9 konzultáció biztosítása
- Telefonos vagy internet alapú terápia.

Harmadlagosan választandó

Farmakoterápia

Antidepresszáns gyógyszerelés abban az esetben választandó, ha a páciens elutasítja a CBT-alapú kezelési lehetőségeket, vagy ha azok nem elérhetőek. Elsősorban SSRI vagy SNRI kezelés megfontolása javasolt, amely előtt kiemelten fontos a megfelelő írásos és verbális tájékoztatás a lehetséges hatásokról, mellékhatásokról és a megfelelő adagolásról.

További kezelési lehetőségek

Abban az esetben, ha a páciens visszautasítja a CBT-alapú kezelési lehetőségeket, illetve az antidepresszáns gyógyszerelést, megfontolásra érdemes a *rövid dinamikus pszichoterápia* alkalmazása. Fontos kiemelni, hogy szociális szorongás kezelésében a dinamikus pszichoterápiás eljárások a CBT-vel összehasonlítva lényegesen alacsonyabb hatékonysággal bírnak és drágábbak. A kezelés általában 6-8 hónapig tart és 25-30 alkalomból áll, főbb elemei a következők:

- pszichoedukáció
- biztonságos terápiás szövetség kialakítása a bizonytalan kötődés ellensúlyozására
- a központi kapcsolati konfliktus feltárása
- a szégyen hátterének megértése
- ösztönzés a szorongást keltő szituációkban való részvételre
- önerősítő belső párbeszéd kialakítása
- szociális készségek fejlesztése.

A szociális szorongás kezelésében nem javasolt eljárások:

- Farmakológiai beavatkozások gyermekek esetében
- Antikonvulzív, triciklusos antidepresszánsok, benzodiazepinek, antipszichotikumok
- Mindfulness-alapú terápia, szupportív terápia.
-

Az összefoglalót készítette: Prof. Dr. Perczel-Forintos Dóra, Kiss-Leizer Márton, Gyenge Zsuzsanna

Magyar nyelvű szakirodalom:

Perczel-Forintos Dóra (2019): A szociális szorongás és az alacsony önértékelés kognitív terápiája (szerk: Perczel-Forintos Dóra és Mórotz Kenéz), *Kognitív viselkedésterápia* (203-227) old.) Medicina Kiadó, Budapest.

Hivatkozások:

- Carpenter, J., Andrews, L., Witchcraft, S., Powers, M., Smith, J., & Hofmann, S. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Related Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *Depress Anxiety*, 35(6), 502–514.
<https://doi.org/10.1016/j.gde.2016.03.011>
- Faucher, J., Koszycki, D., Bradwejn, J., Merali, Z., & Bielajew, C. (2016). Effects of CBT Versus MBSR Treatment on Social Stress Reactions in Social Anxiety Disorder. *Mindfulness*, 7(2), 514–526. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0486-4>
- Gingnell, M., Frick, A., Engman, J., Alaie, I., Björkstrand, J., Faria, V., Carlbring, P., Andersson, G., Reis, M., Larsson, E. M., Wahlstedt, K., Fredrikson, M., & Furmark, T. (2016). Combining escitalopram and cognitive-behavioural therapy for social anxiety disorder: Randomized controlled fMRI trial. *British Journal of Psychiatry*, 209(3), 229–235.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.175794>
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 368–376.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3)
- Perczel Forintos, D. (szerk.) Kérdőívek, becslőkálák a klinikai pszichológiában. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2012.
- Perczel Forintos, D., & Kresznerits, S. (2017). Szociális szorongás és önértékelés: a “Félelem a negatív megítéléstől” (FÉLNE) kérdőív hazai adaptációja. *Orvosi Hetilap*, 158(22), 843–850.
<https://doi.org/10.1556/650.2017.30755>
- Sipos, K., & Sipos, M. (1978). The development and validation of the Hungarian form of the STAI. In *Cross-Cultural Anxiety* (pp. 51–61). Hemisphere Publishing Corporation.
- Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002>
- Vizin, G., Urbán, R., & Unoka, Z. (2016). Shame, trauma, temperament and psychopathology: Construct validity of the Experience of Shame Scale. *Psychiatry Research*, 246, 62–69.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.017>
- Yoshinaga, N., Matsuki, S., Niitsu, T., Sato, Y., Tanaka, M., Ibuki, H., Takanashi, R., Ohshiro, K., Ohshima, F., Asano, K., Kobori, O., Yoshimura, K., Hirano, Y., Sawaguchi, K., Koshizaka, M., Hanaoka, H., Nakagawa, A., Nakazato, M., Iyo, M., & Shimizu, E. (2016). Cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder who remain symptomatic following antidepressant treatment: A randomized, assessor-blinded, controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(4), 208–217. <https://doi.org/10.1159/000444221>