

# Social fobi – ingen vanlig blyghet



Social fobi innebär att plågas av ångest i umgänget med andra eller vid framträdanden. Problemet kan vara mycket handikappande, och många drabbade får inte effektiv behandling.

**TOMAS FURMARK**, professor, institutionen för psykologi, Uppsala universitet  
 tomas.furmark@psyk.uu.se  
**ERIK HEDMAN**, leg psykolog, doktorand, Internetpsykiatrienheten, Psykiatri Sydväst, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge; institutionen för kli-

nisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm  
**MARIA TILLFORS**, docent, akademien för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet  
**LISA EKSELIUS**, professor, institutionen för neurovetenskap, psykiatri, Uppsala universitet

En person med social fobi, eller socialt ångestsyndrom, skyr sociala situationer som innebär kritisk granskning eller värdering, trots att hon/han inser att den rädsla som sådana situationer ger upphov till är överdriven eller orimlig. Detta grundar sig i rädsla för att visa nervositet, bli förödmjukad eller bete sig pinsamt. Vanliga ångestskapande situationer är att tala inför andra, möta nya människor eller t ex äta eller skriva sitt namn i andras människors åsyn. Erfarenheter av det obehag som sådana situationer givit leder ofta till att personer med social fobi börjar undvika nya potentiellt ångestskapande sociala situationer [1].

För en del personer med social fobi inskränker sig rädslan och det undvikande beteendet till en begränsad uppsättning situationer. Vid den generaliserade formen innefattas de flesta sociala sammanhang. Majoriteten av dem som uppvisar den generaliserade formen uppfyller samtidigt diagnosen fobisk personlighetsstörning.

### Tidig debut

Social fobi debuterar vanligen i tonåren eller i unga vuxna år och är något vanligare hos kvinnor än hos män. Flertalet drabbade individer förblir odiagnostiserade och obehandlade, bli därför att undvikandet av sociala kontakter även innefattar vårdsökande. Utan behandling tenderar sjukdomsförloppet att bli kroniskt. Social fobi kan vara starkt handikappande och utgöra ett hinder i studier och yrkeskarriär. Samsjuklighet med andra ångesttillstånd och depression är vanligt förekommande och kan försämra behandlingsframkomligheten. Självmedicinering med alkohol för att mildra ångest i potentiellt ångestväckande situationer är relativt vanligt.

Det finns starkt stöd för att behandling med serotoninåterupptagshämmande läkemedel (SSRI) och kognitiv beteendeterapi (KBT) har god och likartad effekt vid social fobi. Valet

av behandlingsform kommer därför att styras av patientens önskemål och tillgången på utbildade psykoterapeuter.

### Psykologiska mekanismer

Ur ett inlärningspsykologiskt perspektiv är undvikande av sociala situationer en central faktor för vidmakthållande av social fobi då det omöjliggör utsläckning av inlärd eller betingade ångestreaktioner. Konsekvensen blir att ångesten består. Forskning baserad på kognitiv teori ger därutöver stöd för framför allt tre centrala psykologiska mekanismer som kan vidmakthålla problemen [2].

Psykologisk behandling syftar till att bryta dessa vidmakthållande processer.

**Självfokuserad uppmärksamhet** innebär att en person med social fobi i sociala sammanhang ofta vänder uppmärksamheten inåt mot den egna personen, vilket ger flera negativa konsekvenser [3]. Det innebär att personen i högre utsträckning upptäcker ångestsymtom som annars hade passerat obemärkta, vilket kan skapa en ond cirkel där fler upptäckta symtom leder till mer ångest och ännu större självfokusering. Dessutom kan man i mindre utsträckning använda information från den faktiska situationen för att motbevisa negativa tankar som uppstår. I stället används ångestkänslan som en indikator på hur det går i situationen. För en person som är rädd för att nervositeten ska synas vid en muntlig presentation, och därmed framstå som dålig för andra, kan detta innebära att man missar att se att andra personer faktiskt lyssnar intresserat. Vidare tas det bultande hjärtat som intäkt för att man uppfattas som synbart mycket nervös.

**Säkerhetsbeteenden** är beteenden som används i sociala situationer med syftet att förhindra det fruktade från att inträffa. Vid exempelvis en muntlig presentation kan säkerhetsbeteenden vara att ta på sig flera lager kläder för att undvika

### ■ sammanfattat

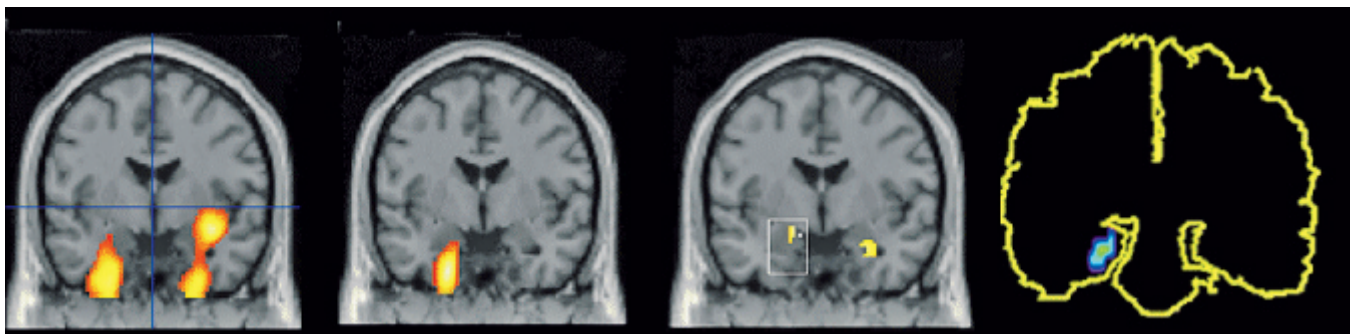
**Social fobi**, stark ångslan för att hamna i fokus för uppmärksamheten, startar vanligen i tonåren och kan leda till ett liv genomsvårt av socialt undvikande.

**Ångesten påverkar** uppmärksamhetsprocesser och försämrar agerandet i sociala situationer.

**Problemen sammanhänger**

med avvikelser i hjärnans struktur och funktion, bl a överaktivitet i amygdalakärnorna.

**Behandling med** serotoninpåverkande läkemedel eller kognitiv beteendeterapi ger ofta gott resultat, men omkring en fjärdedel förbättras inte påtagligt.



Figur 1. Signifikant dämpad neuronal aktivitet i amygdala och mediala temporalloben hos patientgrupper med social fobi efter behandling med (från vänster): SSRI (citalopram), substans P-antagonist, placebo (responder) och kognitiv beteendeterapi [6-8].

att svettfläckar ska synas, eller att tala fort för att undvika att staka sig. Sådana beteenden är destruktiva av tre skäl: de ökar självfokuseringen, de ger inte personen chansen att uppleva att det fruktade kanske inte inträffar och i vissa fall medför de att det fruktade faktiskt blir mer sannolikt [4]. Exempelvis blir man varmare av flera lager av kläder, vilket ökar risken för att man ska svettas och att andra ska uppfatta en som nervös.

**Ångestinducerande brister** i socialt agerande innebär att ångesten, objektivt sett, gör att man fungerar sämre i sociala situationer. En person som är ständigt upptagen med att utvärdera sig själv, och som undviker ögonkontakt, löper ökad risk att faktiskt uppfattas som kylig eller avståndstagande. Detta i sin tur gör att bemötandet från andra blir mindre välvilligt, vilket skapar negativa interaktionsmönster som besannat farhågor och vidmakthåller problemen [5].

### Biologiska mekanismer

Med avbildningstekniker som positronemissionstomografi (PET) och funktionell magnetresonanstomografi (fMRI) går det att studera hur hjärnan aktiveras vid social ångest. Personer med social fobi har i avbildningsstudier visat förhöjd neural aktivitet i amygdala i mediala temporalloben inför och under stressande muntliga presentationer eller vid exponering för bilder på fiendliga ansikten [6].

Det finns ett omfattande forskningsstöd för att amygdal kärnorna är inblandade då faror upptäcks och emotionella minnen formas. I en del studier har aktiviteten i amygdala varit högst hos de patienter som haft den svåraste kliniska problematiken. Dessa personer kan sägas ha ett överkänsligt alarmsystem i hjärnan, vilket leder till lättväckt ångest. Överaktiviteten i amygdala kan emellertid normaliseras av behandling med KBT och av SSRI-preparat [7]. En normaliserande effekt på aktiviteten i amygdala och temporalloben har även setts hos patienter som i läkemedelsprövningar fått god effekt av placebo [8] (Figur 1).

Amygdala är inte den enda viktiga strukturen utan ingår i ett större nätverk i hjärnan där subkortikala och kortikala områden samspelar vid uppkomst och reglering av ångest. Neurobiologisk forskning tyder på att frontala kortexområden som dorsolaterala prefrontala kortex, orbitofrontala kortex och främre cingulum kan hämma aktiviteten i amygdala

och därmed dämpa ångestreaktionen. Intressanta men ännu obevisade hypoteser är att psykologiska behandlingar som KBT verkar genom att öka den frontala kortikala inhibitionen av amygdala medan läkemedel har en mer direkt effekt i subkortikala delar.

Strukturella avvikelser som kan ha betydelse för problem-bilden vid social fobi finns också beskrivna, exempelvis förändrad fibertäthet i fasciculus uncinatus, som är den huvudsakliga vitsubstansbanan som sammanbinder undre frontalloben med temporalloben [9]. En studie fann dessutom att såväl amygdala som hippocampusregionerna var mindre (8-13 procent) hos patienter med social fobi än hos kontrollpersoner [10].

Mycket tyder på att transmissionssystemen för serotonin och troligtvis även för dopamin har betydelse för social ångest [7]. Serotoninpåverkande läkemedel är verksamma vid behandling av social fobi och ger tydlig effekt i hjärnområden som amygdala, där tätheten av serotonerga neuron är hög. En PET-studie kunde visa att patienter med social fobi har onormalt låga nivåer av serotonin-1A-receptorer i amygdala och flera andra hjärnområden, vilket kan hänga samman med ångestbenägenhet [11].

Genetiska faktorer spelar en betydande roll vid uppkomsten av ångestproblem [7]. »Imaging genetics« är ett snabbt växande forskningsområde, där funktionell hjärnavbildning och molekyलगenetiska analyser kombineras. Sådana studier har visat samband mellan social ångest, amygdalareaktivitet och variation i serotonintransportörernas promotorregion [7]. Farmakogenetiska studier tyder dessutom på att variation i serotonintransportörerna kan påverka den ångestdämpande effekten av SSRI [12]. Tryptofanhydroxylas-2 (TPH2)-genen, som kodar för serotonin syntesen i hjärnan, är också betydelsefull. Variation i TPH2-genen har kunnat knytas inte bara till amygdalarespons utan också till hur väl personer med social fobi svarar på placebo i dubbelblindade läkemedelsprövningar [8]. Det är tänkbart att serotoninrelaterade genvarianter också kan påverka effekten av psykologisk behandling.

### Psykologisk behandling

Förstahandsvalet vid psykologisk behandling av social fobi hos både vuxna och ungdomar är behandlingar som bygger på KBT [13]. De evidensbaserade KBT-behandlingarna har sin förankring i inlärningsteorier och kognitiva teorier. De ingående komponenter som visat sig mest effektiva är exponering, dvs att personen under kontrollerade former gradvis utsätter sig för situationer som han eller hon är rädd för, samt kognitiv omstrukturering, där dysfunktionella tankemönster förändras genom aktiva terapeutinsatser under behandlingen [14].

»Serotoninpåverkande läkemedel är verksamma vid behandling av social fobi och ger tydlig effekt i hjärnområden som amygdala ...«

»Det ligger i den sociala fobins natur att kontakt med auktoritetspersoner, som psykologer och läkare, kan vara ångestframkallande.«

Den amerikanske psykologen Richard Heimberg har utarbetat ett framgångsrikt tolvveckors gruppbehandlingsprogram för vuxna personer med social fobi som innehåller de nämnda centrala KBT-komponenterna [14]. Denna gruppbehandling har dock på senare år fått konkurrens av individuell kognitiv terapi, utvecklad framför allt av britten David Clark [15]. Clark utgår från att kognitioner, som t ex självfokuserad uppmärksamhet och katastroftänkande, måste förändras innan symtomförbättring kan komma till stånd.

Dock finns det ännu inte empiriskt klara stöd för om det är B:et eller K:et i KBT som är den medierande faktorn, dvs om det är beteenden eller kognitioner som måste förändras först innan symtomförbättring sker. Individuell kognitiv terapi har visat sig ge mycket goda resultat [15], och randomiserade kliniska prövningar visar att KBT i olika former är effektiv för personer med social fobi. Men även med de bästa behandlingarna är det cirka en av fyra som inte blir tillräckligt förbättrade, vilket pekar på vikten av fortsatt behandlingsforskning.

## Behandling av barn och ungdomar

KBT i grupp [16] samt Social effectiveness therapy for children (SET-C) [17] har visat lovande resultat vid behandling av unga personer med social fobi. Behandlingarna innehåller, liksom KBT för vuxna, en kombination av psykoedukation, exponering för ångestväckande situationer, kognitiv omstrukturering och hemuppgifter. Emellertid saknas inslag om självfokuserad uppmärksamhet. Ytterligare en skillnad är att social färdighetsträning ingår i behandlingarna för barn och ungdomar. Barn med social fobi visar ofta brister i sociala färdigheter, och dessa kan vara en medierande faktor mellan låg grad av acceptans bland kompisar och hög ångest i sociala umgängessituationer. I genomsnitt blir ca 60 procent av barn och ungdomar förbättrade på ett kliniskt betydelsefullt sätt av KBT [16]. Det innebär, liksom för vuxna, att det är en relativt stor grupp som inte blir tillräckligt bra av behandlingen.

En viktig omständighet är också att både ungdomar och vuxna med social fobi alltför sällan kommer under behandling. En anledning kan vara att symtomen tolkas som »vanlig blyghet« och antas försvinna över tid. Emellertid visar prospektiva studier snarare på det motsatta, dvs få förbättras spontant. Det ligger i den sociala fobins natur att kontakt med auktoritetspersoner, som psykologer och läkare, kan vara ångestframkallande. Självhjälpsbehandling via Internet kan därigenom spela en viktig roll genom att personer med social fobi lättare vågar söka hjälp då behandlingskontakten sker mer anonymt.

## Internetbehandling

Under senare år har flera randomiserade studier publicerats som visat på goda effekter av Internetbaserad KBT [18]. Behandlingen kan beskrivas som ett slags vägledad självhjälp med psykologkontakt via e-post. Patienten får via Internet

stegvis tillgång till ett omfattande textmaterial som i huvudsak speglar innehållet i sedvanlig KBT. Exempelvis uppmuntras man att exponera sig för sociala situationer och att tillämpa tekniker för kognitiv omstrukturering. Vid mer komplicerad problematik kan Internetbehandlingen kompletteras med telefonkontakter eller individuellt stöd.

Internetbaserad KBT har flera fördelar: den är oberoende av tid och rum, man kan arbeta med behandlingen var och när helst det passar. Vidare kräver Internetbaserad KBT ca 70–80 procent mindre psykologtid, vilket gör att varje psykolog kan ha avsevärt fler patienter i behandling och därmed öka tillgängligheten till KBT. De goda effekterna av Internetbaserad KBT har visat sig robusta över lång tid [19], och fynden från de första Internetstudierna, som genomfördes i Sverige, har nu replikerats i andra länder [20].

## Läkemedelsbehandling

Behandling med läkemedel kan, liksom KBT, lindra symtomen vid social fobi. I de fall den sociala fobin är begränsad till några få situationer, framför allt att tala inför publik, kan betablockerare dämpa de kroppsliga komponenterna av ångestreaktionen, t ex hjärtklappning. Till vuxna med mer omfattande symtom eller vid den generaliserade formen finns starkt vetenskapligt stöd för behandling med SSRI-preparaten escitalopram, sertralin och paroxetin liksom för serotonin–noradrenalinåterupptagshämmaren venlafaxin [13]. Inget av dessa läkemedel är emellertid godkänt på indikationen för unga patienter. Bensodiazepiner har förvisso en god tillfällig ångestlindrande effekt men har ingen plats vid långtidsbehandling av social fobi. Liksom vid all annan läkemedelsbehandling kan vikten av att ha en välinformerad patient inte nog betonas. Bara ett fåtal studier har undersökt effekten av kombinerad behandling med t ex SSRI och KBT, men synergieffekter har varit svåra att påvisa [13].

## Situationen i Sverige

Social fobi är ett mycket vanligt problem i de nordiska länderna. Den svenska forskningen om social fobi har sedan många år varit synnerligen livaktig, exempelvis inom behandling, epidemiologi och funktionell hjärnabbildning. Flera svenska lärosäten har pågående forskningsprojekt. Bland dessa märks vidareutveckling av Internetbaserad KBT, psykologiska behandlingsstudier av barn och ungdomar, longitudinella projekt samt kartläggning av emotionella nätverk och neurotransmissionssystem i hjärnan.

Den svenska kliniska forskningen har också resulterat i förbättrad tillgång till effektiv behandling. Sedan 2009 erbjuder Internetpsykiatrienheten vid Psykiatri Sydväst i Stockholm Internetbaserad KBT för social fobi. Mottagningen är Sveriges första reguljära enhet inom landstinget som erbjuder Internetbehandling för vuxna invånare i Stockholms län. Även Psykiatridivisionen i Uppsala erbjuder Internetbaserad KBT som del av den reguljära vården och behandlingsformen väntas spridas till andra landsting.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Lisa Ekselius har haft arvoderade uppdrag vid Eli Lilly AB, H Lundbeck AB och Svenska Lundbeckstiftelsen.*

## REFERENSER

1. Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet*. 2008;371:1115–25.
2. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heim-

- berg RG, Leibowitz M, Hope DA, Schneider FR, editors. *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford press; 1995. p. 63–93.
3. Bögels SM, Mansell W. Attention

- processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(7):827–56.
4. McManus F, Sacadura C, Clark

- DM. Why social anxiety persists: An experimental investigation of the role of safety behaviours as a maintaining factor. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(2):147–61.
5. Curtis R, Miller K. Believing an-

- other likes or dislikes you: behaviors making the beliefs come true. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51:284-90.
6. Freitas-Ferrari MC, Hallak JE, Trzesniak C, Filho SA, Machado-sousa JP, Chagas MH, et al. Neuroimaging in social anxiety disorder: a systematic review of the literature. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010;34(4):565-80.
  7. Furmark T. Neurobiological aspects of social anxiety disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2009;46(1):5-12.
  8. Furmark T, Appel L, Henningsson S, Ahs F, Faria V, Linnman C, et al. A link between serotonin-related gene polymorphisms, amygdala activity and placebo-induced relief from social anxiety. *J Neurosci.* 2008;28:13066-74.
  9. Phan KL, Orlichenko A, Boyd E, Angstadt M, Coccaro EF, Liberzon I, et al. Preliminary evidence of white matter abnormality in the uncinate fasciculus in generalized social anxiety disorder. *Biol Psychiatry.* 2009;66:691-4.
  10. Irle E, Ruhleder M, Lange C, Seidler-Brandler U, Salzer S, Dechent P, et al. Reduced amygdala and hippocampal size in adults with generalized social phobia. *J Psychiatry Neurosci.* 2010;35(2):126-31.
  11. Lanzenberger RR, Mitterhauser M, Spindelegger C, Wadsak W, Klein N, Mien L, et al. Reduced serotonin-1A receptor binding in social anxiety disorder. *Biol Psychiatry.* 2007;61(9):1081-9.
  12. Stein MB, Seedat S, Gelernter J. Serotonin transporter gene promoter polymorphism predicts SSRI response in generalized social anxiety disorder. *Psychopharmacology.* 2006;187:68-72.
  13. Behandling av ångestsyndrom, volym 2. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU-rapport nr 171/2.
  14. Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev.* 2004;24:883-908.
  15. Clark DM, Ehlers A, McManus F, Hackmann A, Fennell M, Campbell H, et al. Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:1058-67.
  16. Herbert JD, Caudiano BA, Rheingold AA, Moitra E, Myers VH, Dalrymple KL, et al. Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: a randomized controlled trial. *J Anx Dis.* 2009;23:167-77.
  17. Beidel DC, Turner SM, Young BJ. Social effectiveness therapy for children: five years later. *Behav Ther.* 2006;37:416-25.
  18. Andersson G. Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behav Res Ther.* 2009;47(3):175-80.
  19. Carlbring P, Bergman Nordgren L, Furmark T, Andersson G. Long-term outcome of Internet-delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: a 30-month follow-up. *Behav Res Ther.* 2009;47(10):848-50.
  20. Titov N, Andrews G, Choi I, Schwencke G, Mahoney A. Shyness 3: randomized controlled trial of guided versus unguided Internet-based CBT for social phobia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008;42(12):1030-40.

## Nyhetsbrev?

Anmäl dig under  
»Nyhetsbrev« på  
[Lakartidningen.se](http://Lakartidningen.se)  
om du vill ha vårt  
nyhetsbrev

Utmanande  
saklig

Läkartidningen