

# A szociális szorongás zavar a fejlődépszichopatológia tükrében

STRELL-ZIMONYI FLÓRA<sup>1,2</sup>, KOVÁCS ANNA<sup>2,3</sup> ÉS MIKLÓSI MÓNKA<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Pest Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Budakeszi Tagintézménye, Budaörs

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

<sup>3</sup> Autizmus Alapítvány Ambulancia, Budapest

<sup>4</sup> Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

<sup>5</sup> Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Mentálhigiéniai Központ, Budapest

Összefoglaló tanulmányunkban a szociális szorongás zavar fejlődépszichopatológiai szempontú bemutatására vállalkozunk. Az evolúciós pszichopatológiai elméletek egyetértenek abban, hogy a szociális szorongás bizonyos kontextusban adaptív, és többféle alternatívát (*adaptív kompromisszum, össze-nem-illés, individuális különbségek*) javasolnak annak magyarázatára, milyen módon válik – más kontextusokban – diszfunkcionálissá. A szociális szorongás zavar etiológiája multifaktoriális, kialakulásában szerepe lehet *gén-környezet interakcióknak, korrelációknak, és epigenetikai mechanizmusoknak* is. Bár a szociális szorongás zavar fő diagnosztikus kritériumai minden életkorban azonosak, az életkor befolyásolja a tünetek megjelenési formáját, a zavar korrelátumait. *Gyermekkorban* a viselkedéses tünetek gyakoriak, életkorspecifikus elkerülőviselkedésként tekinthetünk a beszéd visszautasítására, ezért felmerül, hogy a szelektív mutizmus a szociális szorongás zavar életkor-specifikus altípusa. A *viselkedésgátlással* kapcsolatban megoszlanak az álláspontok, egyes kutatók a szociális szorongás zavar korai, szubklinikai megjelenési formájának tartják, de a többségi vélemény szerint inkább temperamentumbéli rizikótényező. *Serdülőkorban* a szociális szorongás normatív felerősödését, és ezzel párhuzamosan a szociális szorongás zavar prevalenciájának növekedését tapasztaljuk. A zavar ebben az életkorban indul a leggyakrabban, és okozza a leginkább súlyos funkcióromlást. A felnőttkori indulás ritka, a *felnőtt kórformát* fontos elkülönítenünk az *elkerülő személyiségzavartól*. A szociális szorongás zavart erős *homotípusos kontinuitás* jellemzi, de a *heterotípusos kontinuitásra* is van adat: főképp más szorongásos zavarokkal, illetve major depresszív zavarral mutat időbeli komorbiditást, melynek hátterében elsősorban közös genetikai tényezők állhatnak. A szociális szorongás zavar fejlődépszichopatológiai szemlélete, a különböző fejlődési utak és az életkorspecifikus jellemzők ismerete hozzájárulhat a zavar korai felismeréséhez és hatékony terápiás eljárások tervezéséhez.

(*Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2020; 22(3): 91-100)

**Kulcsszavak:** szociális szorongás, szociális szorongás zavar, szociális fóbia, fejlődés, pszichopatológia

A szociális szorongás zavar a major depresszió és az alkohollal kapcsolatos zavarok után a harmadik leggyakoribb pszichiátriai zavar (Kessler et al., 2005). A Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének ötödik kiadása (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) szerint a szociális szorongás zavar fő tünete a kifejezett félelem vagy szorongás egy vagy több olyan társas helyzettel kapcsolatban, mely során a személy mások figyelmének lehet kitéve (DSM-5, APA, 2013). A DSM-5

(APA, 2013) szinonimaként használja a *szociális szorongás zavar* és a *szociális fóbia* elnevezéseket, míg a Betegségek Nemzetközi Osztályozása tizedik revíziója (BNO 10, World Health Organization [WHO], 1992) megkülönbözteti a *szociális szorongásos zavar a gyermekkorban* és a *szociális fóbia* diagnózisokat. A zavar általában tíz és húsz éves kor között jelentkezik, és krónikus lefolyású (Beesdo et al., 2007; Wittchen & Fehm, 2003). Hazai mintán élettartam-prevalenciáját 6,4%-nak találták (Szádóczy et al., 2000). A szociális

szorongás zavar mellett 50-80%-ban komorbid zavar is fennáll, elsősorban más szorongásos zavar, major depresszió, és szerhasználat (Wittchen & Fehm, 2003).

## A SZOCIÁLIS SZORONGÁS EVOLÚCIÓS ELMÉLETEI

Az evolúciós elméletek egyetértenek abban, hogy a szociális szorongás bizonyos körülmények között adaptív lehet. Többféle elmélet született azonban a szociális szorongás *funkciójának*, illetve a *diszfunkció jellegének* magyarázatára.

Öhman (1986) szerint a szociális szorongás funkciója a társas hierarchia fenntartása. Elméletére támaszkodva a szociális szorongást az alárendeltség érzésével, a büntudattal és az alázatos/behódoló viselkedéssel hozták összefüggésbe (Gilbert, 2000; Matos et al., 2013). A szociális fóbiában leírt *fokozott társas monitorozás* a csoportból való kirekesztés megelőzésére szolgálhat (Brosnan et al., 2017). A szociális fóbiában szenvedő betegek viselkedésében azonosítható *szubmisszív magatartásformák* – a szemkontaktus kerülése, zárt testtartás, szegényes mimika – funkciója az elmélet szerint a szociális státuszt fenyegető támadás elkerülése (Schneier et al., 2011). Állattanulmányok alapján ugyanis a támadóval szembe kerülve adaptív a meghunyászkodó viselkedés, mert csökkenti a támadóban az agressziót (Gilbert, 2000, 2001). A társashierarchia-elmélet szerint a mások leértékelésétől való félelem adaptív olyan kultúrákban, ahol bizonytalanok a hierarchia-viszonyok, míg ahol egyértelműek az erőviszonyok, ott nincs szükség az ilyen fajta szorongásra (Brosnan et al., 2017; Gilbert, 2000, 2001). A nagyrészt állatok megfigyelésén alapuló elmélet azonban csak korlátozottan lehet érvényes az emberre (Brosnan et al., 2017).

Az újabb elméletek szerint az emberi csoportokban nem az erőviszonyok eldöntése a legfontosabb, hanem az, hogy képesek legyünk *hosszú távú következtetéseket levonni* azzal kapcsolatban, hogy a másik személy *megbízható-e vagy sem* (Carleton et al., 2010). A mások szociális jelzéseire való érzékenység és a visszajelzéssel kapcsolatos szorongás funkciója, hogy a *pozitív kontaktust* ösztönözzék, és segítsenek megőrizni, vagy mindkét fél számára előnyösebb irányba terelni a kapcsolatot (Gilbert, 2001). Ennek érdekében mindkét félnek reálisan kell megítélnie, hogy mire számíthat a másiktól. Ha erre nincs mód, akkor – az elméletalkotók szerint – a legelőnyösebb stratégia a *legrosszabb kimenetelre való felkészülés*. A szociális fóbiában e stratégia szélsőséges meg-

nyilvánulását látják. A legrosszabb kimenetelre való felkészülés stratégiája azonban megfosztja a személyt annak lehetőségétől, hogy előnyös társas kapcsolatokra tegyen szert (Brosnan et al., 2017).

Az evolúciós pszichopatológia számos mechanizmust írt le, mely magyarázza egy alapvetően adaptív jellemző diszfunkcionálissá válását. A szociális szorongás esetében a *diszfunkció jellegére* nézve Maner és Kenrick (2010) három alternatívát vázol fel:

### 1. Adaptív kompromisszum

A közeli kapcsolatok iránti igény és az elutasítás elkerülésének kettőssége húzódik meg a szociális szorongás hátterében. A társas interakciók esetében kétféle hiba létezik: ha olyan személlyel lépünk kapcsolatba, aki elutasít, vagy elkerüljük az interakciót egy olyan személlyel, aki elfogadó. Szociális szorongás zavarban az előny-hátrány elemzés, valamint a kétféle hiba prioritizálásában van eltérés: inkább választják az elkerülést, a biztonságot, ami extrém esetben megakadályozza a társas kapcsolatok kialakítását, ezáltal – önbeteljesítő módon – társas kirekesztettséghez vezet.

### 2. Össze-nem-illés (*mismatch*)

Eszerint az ősi környezetben adaptívnek számító mechanizmusok a modern világban nehézséget jelenthetnek. Az ősi és a modern kultúra különbözik a társas csoportok méretében, felépítésében, a társas kapcsolatok tartósságában, a közösségi fókuszban. A modern társadalmakban – a biológiai rokonokon túl – sokkal több emberrel érintkezünk, ez növeli a bizonytalanságot, ismeretlenséget, a kontroll érzetének hiányát, ami miatt megnövekedhet a visszautasítással kapcsolatos aggodalom. Másfelől, az ősi társadalmakban a visszautasításnak súlyosabb – a túlélést fenyegető – következményei lehettek, míg a modern társadalmakban könnyebb a váltás a csoportok között. Különbség van a kommunikációban is: az ősi társadalmakban az elsődleges, direkt, szemtől-szemben kommunikáció volt jellemző, melyben a nonverbális jelzések utaltak a másik állapotára, motivációjára, szándékára. Ezzel szemben a modern társadalmakban a világ különböző pontjain lévő emberek kommunikációja is lehetővé vált, a kommunikáció azonban vesztett emberi, közvetlen jellegéből. A szerzők szerint a modern kommunikációs eszközök révén az emberek kevésbé férnek hozzá mások mentális állapotához, szándékához, ami fokozhatja a bizonytalanságot. Ezzel szemben egy, a serdülők körében végzett kutatás eredménye szerint a szociális szorongás és a másokkal

való online és szöveges kommunikáció között szignifikáns, pozitív korreláció van, ami felveti annak lehetőségét, hogy a direkt, face-to-face kommunikáció elkerülése inkább csökkenti a szorongást, mintsem növeli (Pierce, 2009).

### 3. *Individuális különbségek*

A szociális szorongás *dimenzionális szemlélete* szerint a mérsékelt szociális szorongás adaptív, különösen új, bizonytalan, vagy kontrollálhatatlan társas helyzetekben (Maner et al., 2010; Grupe & Nitschke, 2013). Ilyenkor az emberek többsége szociális szorongást él át, mely segíti kontrollálni a viselkedését, megelőzni a kellemetlen interakciókat addig, amíg a helyzet ismerőssé nem válik, és a személy tisztában nem lesz az emberi kapcsolatok helyi normáival. Extrém mértékben azonban a szociális szorongás diszfunkcionálissá, patológiássá válik (Brosnan et al., 2017). A dimenzionális szemléletet az individuális különbségeket feltáró kutatások támogatják: egy szisztematikus szakirodalmi áttekintő tanulmány alapján (Cremers & Roelofs, 2016) a szociális szorongás zavarral diagnosztizált páciensekre jellemző az amygdala erősebb aktivációja (mind fenyegető társas jelzések esetén, mind nyugalmi állapotban), a motivációs rendszer egyedülálló mintázata (erősebb reaktivitás a pénzjutalomra, mint társas megerősítésre, valamint a társas büntetés kerülése), a csökkent kognitív kontroll és a gyengébb érzelemszabályozás, valamint magasabb kortizol és alacsonyabb tesztoszteron szint a stresszt keltő társas helyzetekben. Tehát az egyéni biológiai különbségek alátámasztják az evolúciós elméletek feltételezését, miszerint a szociális szorongás zavarral élő személyeknél az idegrendszer egy extrém formája jelenik meg, melynek enyhébb változatai adaptívak a társas beilleszkedés szempontjából.

### GENETIKAI ÉS KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK SZEREPE A SZOCIÁLIS SZORONGÁS KIALAKULÁSÁBAN

A szociális szorongás kialakulásában szerepet játszanak genetikai- és temperamentumtényezők, kognitív jellemzők (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002), viselkedéses és biológiai tényezők (Spence & Rapee, 2016), valamint környezeti tényezők egyaránt (Brook & Schmidt, 2008). Az újabb, bizonyítékokon alapuló etiológiai modellek szerint a rizikótényezők nem önmagukban, hanem komplex módon, egymással interakcióban növelik a zavar kialakulásának valószínűségét. Kiemelik annak fontosságát, hogy eltérő

fejlődési utak ugyanahhoz a zavarhoz (*ekvifinalitás*), illetve, ugyanazon rizikófaktorok más kimenetelhez vezethetnek (*multifinalitás*) (Spence & Rapee, 2016).

Egy, az *öröklődés és családi halmozódás* témakörét körüljáró metaanalízis szerint (Scaini et al., 2014) a szociális szorongás zavar heritabilitása 0,13 és 0,60 közé tehető. A nagy különbség mögött az eltérő fenotípusok, a szociális szorongásos tünetek, illetve a klinikai súlyosságú zavar együttes vizsgálata állhat. E kettőt elkülönítve azt látták, hogy a szociális szorongásos tünetek örökletessége 0,58, míg a klinikai súlyosságú zavar esetén ez az érték 0,27. A szerzők szerint a diszkrépancia mögött a szociális szorongás zavar erőteljes környezeti meghatározottsága feltételezhető. Az *egyedi (non-shared) környezeti tényezők* (pl. iskola, családon kívüli aktivitás, kortárs kapcsolatok) szerepe 0,31 és 0,78 közé tehető, míg a közös (shared) környezeti tényezők szerepe a kutatások szerint elhanyagolható. Érdekes eredmény, hogy felnőttekben a genetikai tényezők szerepe a szociális szorongás zavar kialakulásában szignifikánsan kisebb, mint gyerekekben. E mögött azt feltételezték, hogy a környezeti tényezők a felnőttek esetében régebb óta fennállnak vagy kumulálódnak, ezért nagyobb a hatásuk.

A szociális szorongás zavarral összefüggésben álló *kandidáns gének* feltérképezését célzó kutatások nem hoztak egyértelmű eredményt. Schneier és munkatársai (2000) a striátumban található D2 receptorok alacsony kötési képességét mutatták ki. Felhívják a figyelmet, hogy ugyanez a mintázat figyelhető meg szkizofrénia, major depresszív zavar és szerhasználat esetében is, így az alacsonyabb dopaminszint inkább egy, a stresszel, illetve a mentális zavarok kialakulásával összefüggő, nem specifikus tényezőnek tekinthető. A szerotonintranszporter-gén (*5-HTT*) és a szociális fóbia közötti összefüggéseket feltáró kutatások elmentmondásosak. Egyes kutatások szerint szociális szorongás zavarban az *5-HTT* rövid allélja a vonás-szorongás, a depresszió, és a neuroticizmus magasabb szintjével jár együtt (Furmark et al., 2004), míg más kutatások a hosszú allél szerepét emelik ki (Reinelt et al., 2013). Újabb kutatások felhívják a figyelmet az oxitocinreceptor-génre mint moderátor változóra, melynek bizonyos variánsa (*OXTR rs53576*) moderálja a bizonytalan kötődés és a szociális szorongás közötti kapcsolatot (Notzon, et al., 2015). Összefoglalva elmondható, hogy a genetikai kutatások a szorongás általános predispozícióján túl nem tudtak specifikus kandidáns géneket azonosítani a szociális szorongás hátterében.

Terápiás hatás vonatkozásában egyéb géneket is összefüggésbe hoztak a szociális szorongás zavarral,

a szelektív szerotoninviszavétel-gátló (SSRI) szerek hatékonyságánál figyeltek meg eltérést az *RGS2* (regulator of G-protein signaling 2) polimorfizmusainak hordozóinál (Stein et al., 2014).

A temperamentum mint genetikai tényező sokat kutatott terület szociális szorongás esetén. A kutatók szerint a viselkedésgátlás (Kagan, 1984), a félelem diszregulációja (fokozott félelmi reakció nem fenyegető helyzetekben) (Buss et al., 2020), és a neuroticizmus, mint nem specifikus rizikótényező (Bienvenu et al., 2007; Stein et al., 2017) növeli a szociális szorongás kialakulásának valószínűségét.

Genetikai vulnerabilitást jelent az autonóm idegrendszer fokozott arousalszintje is. Nikolic (2016) vizsgálatában szociális szorongással küzdő szülők gyermekei kihívást jelentő társas helyzetben többször pirultak el, valamint magasabb elektrodermális aktivitást mutattak, mint a nem szorongó szülők gyermekei. Az erőteljesebb szituatív szorongás a gyermekekben is együtt járt a gyakori elpirulással és a magasabb elektrodermális aktivitással.

A szociális szorongás környezeti rizikótényezői között a szülői jellemzőket, szülő-gyermek kapcsolat jellegzetességeit, kortárs kapcsolatokat/iskolai környezetet, és a kedvezőtlen életeseményeket érdemes megemlíteni (Spence és Rapee, 2016).

A *szülői jellemzők* között szerepel az overprotektív és túlkontrolláló szülő attitűd (Lieb et al., 2000), mely összefüggést mutat a szociális szorongással, de más szorongásos zavarokkal is. Fontos megjegyezni, hogy a kapcsolat kétirányú lehet: a túlóvó, túlkontrolláló viselkedést úgy is lehet interpretálni, mint válaszreakciót a gyermek szorongására (*evokatív gén-környezet korreláció*) (Spence & Rapee, 2016). Az érzelmi melegség alacsony szintje (Brook & Schmidt, 2008), illetve a szülői elutasítás (Festa & Ginsburg, 2011) kapcsolatát a gyermek szociális szorongásos tüneteivel szintén igazolták. Az apák specifikus szerepét is vizsgálták: a függetlenséget, kíváncsiságot és kompetenciát támogató apai viselkedést protektív tényezőként azonosították (Majdandžić et al., 2014).

A *szülői pszichopatológia* szerepét célzó kutatások a szociális szorongás zavar, illetve más szorongásos zavarok (generalizált szorongás, pánik zavar) (Festa & Ginsburg, 2011), valamint a major depresszió és alkohollal kapcsolatos zavarok szerepét emelik ki (Lieb et al., 2000). A szülői pszichopatológia nemcsak az öröklődés útján hat: a szorongó szülők gyakran elkerülik a társas helyzeteket és rekreációs tevékenységeket, és hajlamosak arra, hogy gyermekük jelenlétében is katasztrófizálják a társas interakciókat (Festa & Ginsburg, 2011), vagyis „előállítják” azokat

a környezeti tényezőket, amelyek növelik a szociális szorongás rizikóját a gyermekben (*passzív gén-környezet korreláció*).

A *bizonytalan kötődés* és a szociális szorongás zavar közötti kapcsolatot nagyon sok vizsgálat igazolta (ld. Manning et al., 2017 összefoglalóját).

Az *extrém negatív testvérkapcsolat* (támadás/fenyegetés, érzelmi és/vagy fizikai bullying) is szerepet játszhat a serdülőkori szociális szorongás zavar megjelenésben (Gren-Landell et al., 2011).

A szociális szorongást kiváltó helyzetek egy része az *iskolai környezethez* kapcsolódik. A gyermek életkorának előrehaladtával egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a pozitív kortárs kapcsolatok és az iskolai társas helyzetek (Spence & Rapee, 2016). A negatív társas tapasztalatok – kritizálás, megalázás, visszautasítás, bullying, kiközösítés – pozitív kapcsolatban állnak a szociális szorongás kialakulásával és fennmaradásával (Spence & Rapee, 2004; Gren-Landell et al., 2011). A kortársak a társas helyzetekben megjelenő szorongást gyakran negatívan interpretálják, a szorongó gyereket elutasítónak, ellenségesnek érzlelik, ami miatt kevésbé kedvelik (*evokatív gén-környezet korreláció*). Ez azután tovább növeli a gyermekben a szorongást és az elkerülést (Spence & Rapee, 2016). A készségdeficit szerepére hívja fel egy figyelmet egy longitudinális kutatás, mely 7, 10 és 13 éves korában vizsgálta a gyermekeket. A társas és kommunikációs nehézségek szignifikáns pozitív kapcsolatban álltak a szociális szorongás szintjével minden életkorban, és szignifikánsan előre jelzik azt 7 és 10 éves kor között (Pickard et al., 2017). Spence és Rapee (2016) tanulmánya kiemeli, hogy a szociális szorongó gyerekek kevesebb társas interakcióban vesznek részt, kevesebb barátjuk van, röviden szólalnak meg, de hosszabb latenciáidővel. Mindez felhívja a figyelmet annak fontosságára, hogy ezek a gyerekek társas és kommunikációs sajátosságai meghatározzák, milyen társas tapasztalatokra tesznek szert, ami azután visszahat a szociális szorongásukra (*aktív gén-környezet korreláció*).

Környezeti tényezők közé sorolhatjuk a *kedvezőtlen életeseményeket*, illetve *traumákat*, (bullying, fizikai és érzelmi elhanyagolás, abúzus, szexuális bántalmazás, szülőktől való szeparáció, házastársi konfliktus, családon belüli erőszak, gyermekkori betegség), melyek azonban számos mentális zavar nem-specifikus rizikótényezői (*multifinalitás*) (Spence & Rapee, 2016). A társas támasz, mint protektív faktor szerepét is kiemelik: egy vizsgálatban a társas támasz csökkentette a szerotonintranszporterhez hosszúságpolimorfizmusának (*5-HTTLPR*) genotípusa és a szociális szorongás zavar közötti kapcsolat

erősségét, míg az alacsony támasz megduplázza a zavar kialakulásának esélyét a genetikai rizikó hiányában is (Reinelt et al., 2014).

Az epigenetikai hatások szerepének feltárása a szociális szorongás zavarban még gyermekcipőben jár. Ziegler és munkatársai (2015) elsőként mutatták ki, hogy az *OXTR* gén expressziójáért felelős terület csökkent metilációja figyelhető meg szociális szorongás zavarban egy társas stresszt mérő teszt végrehajtása közben (Trier Social Stress Test). A teszt alatt a szociális szorongás tünetei súlyosbodtak, a kortizolszint emelkedett, és megnövekedett amygdalaaktivitás volt mérhető. A szerzők az eredményt azzal magyarázzák, hogy a fokozott észlelt stressz hatására az oxitocin hormont szabályozó gén (*OXTR*) gén csökkent metilációja elősegíti az *OXTR* génexpressziót, így egyfajta kompenzatorikus folyamat jön létre az oxitocinszint növelése érdekében (Hoge et al., 2012; Ziegler et al., 2015).

## GYERMEK-, SERDÜLŐ-, ÉS FELNŐTTKORI KÓRFORMÁK JELLEGZETESSÉGEI

### Gyermekkor

A normatív fejlődés részeként megjelenő szorongás életkorspecifikus tematikát mutat. A szociális szorongás leginkább a serdülőkort jellemzi, gyermekkorban inkább a szeparációs szorongás és (kisebb mértékben) a kisállatoktól való szorongás (6-9 év), illetve a fizikai sérüléssel és a halállal kapcsolatos aggodalmak (10-13 év) a gyakoribbak (Weems & Costa, 2005). Ezzel párhuzamosan a klinikai szintű problémák gyakorisága is változik az életkorral (Bittner et al., 2007).

Egyes elméletalkotók szerint a pszichopatológiai tünetek iskoláskor előtt differenciálatlan internalizáló és externalizáló kategóriákba rendeződnek (Achenbach et al., 2003; McClellan & Speltz, 2003). Faktoranalitikus vizsgálatok eredményei szerint azonban a szociális fóbia tünetei már ebben az életkorban is elkülönülnek az egyéb szorongásos zavarok (szeparációs szorongás, generalizált szorongás) és a kényszeres zavar tüneteitől (Eley et al., 2003; Spence et al., 2001; Sterba et al., 2007; Strickland et al., 2011).

A szociális szorongás zavar prevalenciája iskoláskor előtt 0,5-7,5% (Lavigne et al., 2009; Bufferd et al., 2011; Wichstrom et al., 2012; Franz et al., 2013), iskoláskorban 1,3-7,3% (Chavira & Stein, 2000). Retrospektív beszámolók szerint a korai kezdet (<10 év) a tünetek stabilitásával jár együtt, ritka a spontán remisszió, a zavar általában a felnőttkorig fennmarad (Wittchen & Fehm, 2003).

Bár a diagnosztikus kritériumok minden életkorra azonosak (Bögels et al., 2010), az életkori sajátosságok befolyásolják, milyen formában jelentkeznek a tünetek, és melyek a jellegzetes kiváltó helyzetek (Pine et al., 2010). Jellegzetes szituációk, amelyben a szociális szorongás gyermekkorban megjelenik pl. egy születésnapon való részvétel, vagy egy szóbeli felelés az iskolában. A gyermekek nem feltétlenül tudnak beszámolni érzéseikről vagy gondolataikról, a szociális szorongás gyakran csupán az elkerülő viselkedésben nyilvánul meg (Pine et al., 2010), vagy olyan viselkedési tünetekben, mint sírás, dühroham, kapaszkodás a gondozóba (DSM-5, APA, 2013). A klinikai határ meghúzásánál figyelembe kell vennünk, hogy a szociális szorongás a normál fejlődés része, és vannak olyan fejlődési periódusok (pl. közösségbe kerülés, serdülőkor) amikor átmeneti felerősödése normatív (Pine et al., 2010). Kisgyermek esetében a felnőttekkel kapcsolatos (mérsékelt) szociális szorongás életkori sajátosság, a diagnózishoz a szorongásnak a kortársakkal kapcsolatban is meg kell jelennie (DSM-5, APA, 2013).

Számos elmélet született a *kisgyermekkor* viselkedésgátlás (*behavioral inhibition*) és a szociális szorongás kapcsolatáról. A viselkedésgátlás Kagan (1984) szerint veleszületett temperamentum-jellemző, mely az új (elsősorban társas) helyzetekkel kapcsolatos túlzott szégyenlősséggel, szorongással, elkerüléssel írható le. Egyes szerzők felvetik a lehetőséget, hogy a viselkedésgátlás a szociális szorongás zavar korai, szubklinikus megjelenési formája (Pine et al., 2010). Bár a csecsemőkorban, illetve kisgyermekkorban megfigyelhető viselkedésgátlás hétszeresére növeli a szociális szorongás zavar kialakulásának rizikóját, a viselkedésszerűen gátolt gyermekek csupán 43%-ánál alakult ki később szociális szorongás zavar, és a szociális szorongás zavarral diagnosztizált személyek 15%-ánál nem azonosítható ez a temperamentumjellemző (Clauss & Blackford, 2012). A viselkedésgátlás és a szociális szorongás zavar közötti erős kapcsolat nyilvánvaló, fontos kiemelni azonban, hogy vannak olyan, szociális szorongáshoz vezető fejlődési útvonalak, melyek függetlenek a viselkedésgátlástól.

Fejlődépszichopatológiai szempontból érdemes megvizsgálni a szociális szorongás zavar és a szelektív mutizmus kapcsolatát is (Bögels et al., 2010). A szelektív mutizmus a DSM-5-ben (APA, 2013) a szorongásos zavarok fejezetben szereplő, önálló diagnosztikus kategória, melynek fő jellemzője a beszéd visszautasítása olyan helyzetekben (pl. iskolában), ahol ez elvárt, annak ellenére, hogy a személy más helyzetekben beszél. A szelektív mutizmus 2,7-4,1

éves kor között indul (Cunningham et al., 2004), gyakorisága az életkorral drasztikusan csökken. A szelektív mutista gyermekek kb. 65%-a a szociális szorongás zavar diagnosztikai kritériumait is kielégíti, és 61-97%-uknál valamilyen más komorbid szorongásos zavar is fennáll (Viana et al., 2009). Szelektív mutizmusban ugyanazon terápiás eljárások hatékonyak, mint szociális szorongás zavarban (Cohan et al., 2006; Pionek Stone et al., 2002). Ezen jellemzők miatt egyes elméletalkotók szerint (Black & Uhde, 1995) a szelektív mutizmus a szociális szorongás zavar kisgyermekkorra jellemző, extrém súlyos tünete. Más szakemberek szerint a szelektív mutizmus a szociális szorongás zavar kisgyermekkor, életkorspecifikus altípusának tekinthető (Bögels et al., 2010), hiszen a beszéd megtagadása jellegzetes elkerülő-viselkedés kisgyermekkorban (melyet a szorongás csökkenése erősít meg, a viselkedés így rögzül), idősebbekben ezzel szemben az elkerülés más formái gyakoribbak. Bár a szociális szorongás és a szelektív mutizmus kapcsolata a vizsgálatok alapján nyilvánvaló, további kutatások szükségesek annak eldöntésére, hogy valódi életkorspecifikus altípusról van-e szó, vagy ugyanazon dimenzió extrém formájáról.

### **Serdülőkor**

A szociális szorongás zavar az esetek 90%-ában serdülőkorban indul (Kessler et al., 2005), prevalenciája a serdülőkor végére eléri a 10%-ot (Burstein et al., 2011; Merikangas et al., 2010). Serdülőkorban a normatív fejlődés részeként tapasztaljuk a szociális szorongás felerősödését (Ollendick et al. 1996), amely megnehezíti a határ meghúzását az életkori sajátosságként megjelenő szorongás, és a funkcióromlást okozó mentális zavar között (Pine et al., 2010). Az önreflexió fejlődése, az identitás kialakításáért folytatott küzdelem, a kapcsolati rendszer átalakulása (a fókusz áthelyeződése a családról a kortárs közösségre), a párkapcsolatok kialakításának igénye növeli a szociális partnertől származó visszajelzéssel szembeni érzékenységet, ami magyarázza mind a szociális szorongás átmeneti, normatív felerősödését, mint a klinikai szintű zavar prevalenciájának növekedését (Leigh & Clark, 2018). Ez minden bizonnyal összefüggésben van avval az óriási változással is, amely serdülőkorban bekövetkezik a társas információ feldolgozásáért felelős agyterületek működésében (Blakemore, 2008). Nem meglepő, hogy a szociális szorongás zavar a serdülőkorban jár a legkifejezettebb funkcióromlással, problémákat okozva az iskolai működésben (Ranta et al., 2009; Van Ameringen, et al., 2003), a

kortárs-kapcsolatokban (Hebert et al., 2013), és növeli a kortársbántalmazás rizikóját (Ranta et al., 2009). A serdülőkori szociális szorongás zavar diagnózis 2-3 szorosára növeli a major depresszió és a disztímia kialakulásának valószínűségét, és a hangulatzavar súlyosabb, tartósabb formájával jár együtt (Wittchen & Fehm, 2003).

Serdülők már képesek differenciáltan észlelni és részletesen beszámolni érzelmi állapotukról és gondolataikról, a tüneti képben megjelennek a szociális helyzetekkel kapcsolatos jellegzetes negatív kogníciók (Alfano et al., 2006). Egy szociális szorongás zavarral diagnosztizált gyermekeket és serdülőket összehasonlító kutatásban (Rao et al., 2007) a serdülők szignifikánsan erősebb distresszről és gyakoribb elkerülő viselkedésről számoltak be szociális helyzetekkel kapcsolatban, mint a gyermekek. A komorbid zavarok előfordulási gyakorisága nem különbözött a két életkori csoportban (62-46%), a leggyakoribb komorbid zavar mind a két csoportban a generalizált szorongás zavar volt. Gyermekekben a szeparációs szorongás zavar diagnózis gyakoribb volt, mint serdülőkben.

### **Felnőttkor**

A szociális szorongás zavar ritkán indul 25 éves kor után (Heimberg et al., 2000), felnőttkorban élettartamprevalenciája egy viszonylag új felmérés szerint jelentős különbségeket mutat az egyes országokban, 0,2 % (Nigéria) és 12,1 % (USA) között változik (Stein et al., 2017). Felnőttekben a tüneteket kiváltó jellegzetes helyzetek azok a társasági helyzetek, melyekben a személy mások figyelmének van kitéve, pl. munkahelyi szóbeli prezentáció (Pine et al., 2010). A zavar funkcióromlást okoz a munkahelyi működésben (Stein & Kean, 2000), a szociális szorongás zavarban szenvedők kisebb eséllyel kötnek házasságot, lesz gyerekek, nagyobb az esélye a válásnak (Wittchen et al., 1999), és a funkcióromlás nem írható a komorbid – egyéb szorongásos vagy hangulatzavarok – számlájára (Aderka et al., 2012).

Fontos téma a felnőtt kórforma és az *elkerülő személyiségzavar* (DSM-5, APA, 2013) kapcsolata. Korábbi kutatások arra a következtetésre jutottak, hogy csak mennyiségi, és nem minőségi különbség van a két kórkép tünete között, így az elkerülő személyiségzavar a szociális szorongás zavar egy jellegzetesen felnőttkori, extrém súlyos formája (Heimberg, 1996). A két zavar komorbiditása azonban alacsonyabb (42%), mint ami ebből prediktálható, és nem kizárólagos: a szociális szorongás zavar más személyiségzavarokkal is mutat komorbiditást, az elkerülő személyiségzavar

mellett pedig más szorongásos zavarok is előfordulnak (Alden et al., 2002). Továbbá, az elkerülő személyiségzavar a szkizofréniáspektrummal is összefüggést mutat, bár ez gyengébb, mint a szociális szorongással való kapcsolata (Fogelson et al., 2007). Összességében az adatok arra utalnak, hogy leegyszerűsítő lenne az elkerülő személyiségzavart pusztán a szociális szorongás zavar extrém megjelenési formájának tekinteni (Bögels et al., 2010).

## A SZOCIÁLIS SZORONGÁS ZAVAR KONTINUITÁSA

A szociális szorongás zavar tipikus lefolyását a korai serdülőkori kezdet jellemzi. A tünetek általában súlyosbodnak a 20-as évekig, a környezeti tényezők okozta fluktuációval. Huszonöt éves kor után jellegzetes stabilitást mutat a diagnózis, ritka a spontán remisszió (Wittchen és Fehm, 2003).

A homotípusos kontinuitásra erős bizonyítékok vannak (Beesdo-Baum et al., 2012; Bittner et al., 2007; Carballo et al., 2010; Ranøyen et al., 2018), de a heterotípusos kontinuitás is gyakori, melyet általában a közös genetikai háttérrel magyaráznak. A gyermekori szociális szorongás zavar serdülőkorban, illetve fiatal felnőttkorban gyakran folytatódik generalizált szorongás zavarban (Bittner et al., 2007; Ranøyen et al., 2018; Shevlin et al., 2017). A kapcsolat azonban kétirányú: a gyermekori generalizált szorongás zavar növeli fiatal felnőttkorban a szociális szorongás zavar előfordulásának gyakoriságát (Bittner et al., 2007; Pine et al. 1998).

A szociális szorongás zavar és a major depresszív zavar időbeli komorbiditásával kapcsolatban egyes eredmények születtek. Sok vizsgálat támasztja alá, hogy a szociális szorongás zavar megelőzi a major depresszív zavar megjelenését (Aune & Stiles, 2009; Beesdo et al. 2007; Gazelle, et al., 2010). Fontos azonban megjegyezni, hogy nem minden, szociális szorongás zavarral diagnosztizált gyermekben jelenik meg a későbbiekben a major depresszív zavar, és nem minden major depressziót előz meg szociális szorongás zavar. A fordított irányú összefüggéssel kapcsolatban azonban ellentmondó eredmények születtek. Egy vizsgálat szerint a fiatal felnőttkori szociális szorongás zavar rizikóját a serdülőkori major depresszív zavar is több mint kétszeresére növeli (Ranøyen et al., 2018). Más vizsgálatok azonban ilyen irányú kapcsolatot nem találtak (Aune & Stiles, 2009).

## KONKLÚZIÓ

A szociális szorongás zavar kialakulásának, lefolyásának hátterében meghúzódó tényezők ismerete elengedhetetlen a zavar gyakorisága, perzisztáló jellege, felnőttkori funkcionálásra gyakorolt hatása, valamint más pszichiátriai betegségekkel való magas komorbiditása miatt. Tanulmányunkban a szociális szorongás zavar fejlődéspszichopatológiai kérdéseit jártuk körül. Az evolúciós elméletek úgy tekintenek a szociális szorongás zavarra, mint egy alapvetően adaptív működés diszfunkcionális változatára, ami összhangban van a kognitív irányzat „normalizáló szemléletével” (Perczel-Forintos, 2019). Bár a fejlődési jellemzők befolyásolják a tüneti képet, a szociális szorongás zavar diagnosztikus kritériumai minden életkorra azonosak. Önálló, életkorspecifikus altípusok létezését mindeddig a kutatások nem igazolták (Bögels et al., 2010). A szociális szorongás normatív fejlődésmentének, a zavarhoz vezető különböző fejlődési utaknak, az életkorspecifikus megjelenési formák jellemzőinek ismerete hozzájárulhat a zavar korai felismeréséhez, a diagnosztikus rendszerek pontosításához (Pine et al., 2010), és az adekvát kezelés megtervezéséhez (Leigh & Clark, 2018).

---

**KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS:** Miklósi Mónikát a tanulmány megírásában az OTKA PD 134849 számú posztdoktori ösztöndíja támogatta.

---

**LEVELEZŐ SZERZŐ:** Miklósi Mónika

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

1064 Budapest Izabella utca 46.

E-mail: miklosi.monika@ppk.elte.hu

---

## IRODALOM

1. Achenbach, T., Dumenci, L., Rescorla, L. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 32: 328–340.
2. Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *J. Anxiety Disord.*, 26(3): 393–400.
3. Alden, L.E., Lapsa, J.M., Taylor, C.T., Rider, A.G. (2002) Avoidant personality disorder: current status and future directions. *J Person Disord*, 16: 1–29.
4. Alfano, C. A., Beidel, D. C., Turner, S. M. (2006) Cognitive correlates of social phobia among children and adolescents. *J. Abnorm. Child Psychol*, 34: 182–194.
5. American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

6. Aune, T., Stiles, T. C. (2009) The effects of depression and stressful life events on the development and maintenance of syndromal social anxiety: Sex and age differences. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 38: 501–512.
7. Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., Wittchen, H. U. (2007) Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch Gen Psychiatry*, 64(8): 903–912.
8. Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R., Hofmann, S. G., & Wittchen, H. U. (2012) The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatr Scand*, 126(6): 411–425.
9. Bienvenu, O. J., Hettema, J. M., Neale, M. C., Prescott, C. A., Kendler, K. S. (2007) Low extraversion and high neuroticism as indices of genetic and environmental risk for social phobia, agoraphobia, and animal phobia. *Am J Psychiatry*, 164(11): 1714–1721.
10. Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Jane Costello, E., Foley, D. L., & Angold, A. (2007) What do childhood anxiety disorders predict?. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(12): 1174–1183.
11. Black, B., Uhde, T.W. (1995) Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 847–856.
12. Blakemore, S.J. (2008) The social brain in adolescence. *Nat. Rev. Neurosci*, 9(4): 267–277.
13. Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., Voncken, M. (2010) Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depress. Anxiety*, 27(2): 168–189.
14. Brockveld, K. C., Perini, S. J., Rapee, R. M. Social anxiety and social anxiety disorder across cultures. In Hofman, S. G., DiBartolo, P. M. (Eds) *Social Anxiety*. Elsevier Inc., London, 2014, pp. 141–158.
15. Brook, C.A., Schmidt, L.A. (2008) Social anxiety disorder: A review of environmental
16. Brosnan, F. S., Tone, B. E. Williams, L. The Evolution of Social Anxiety. In Shackelford, K. T. Zeigler-Hill, V. (Eds.), *The Evolution of Psychopathology*. Springer International Publishing, 2017, pp. 93–117.
17. Bufferd, S.J., Dougherty, L.R., Carlson, G.A., Klein, D.N. (2011) Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview. *Compr Psychiatry*, 52(4): 359–369.
18. Burstein, M., He, J-P., Kattan, G., Albano, A.M., Avenevoli, S., Merikangas, K.R. (2011) Social Phobia and Subtypes in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(9): 870–880.
19. Buss, K.A., Cho, S., Morales, S., McDoniel, M., Webb, A.F., Schwartz, A., Cole, P.M., Dorn, L.D., Gest, S. and Teti, D.M. (2020) Toddler dysregulated fear predicts continued risk for social anxiety symptoms in early adolescence. *Dev. Psychopathol*, 1–12.
20. Carballo, J.J., Baca-García, E., Blanco, C., Perez-Rodriguez, M.M., Arriero, M.A.J., Artes-Rodriguez, A., Rynn, M., Shaffer, D., Oquendo, M.A. and Group for the Study of Evolution of Diagnosis (SED) (2010) Stability of childhood anxiety disorder diagnoses: a follow-up naturalistic study in psychiatric care. *Eur Child Adolesc Psy*, 19(4): 395–403.
21. Carleton, R. N., Collimore, K. C., Asmundson, G. J. (2010). “It’s not just the judgements — It’s that I don’t know”: Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *J Anxiety Disord*, 24(2), 189–195.
22. Chavira, D. A., Stein, M. B. (2000) Recent developments in child and adolescent social phobia. *Curr Psychiatr Rep*, 2(4): 347–352.
23. Clauss, J. A., Blackford, J. U. (2012) Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(10): 1066–1075.
24. Cohan, S.L., Chavira, D.A., Stein, M.B. (2006) Practitioner review: psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005. *J Child Psychol Psychiatry*, 47: 1085–1097.
25. Cremers, H. R., & Roelofs, K. (2016). Social anxiety disorder: a critical overview of neurocognitive research. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*, 7(4), 218–232.
26. Cunningham, C.E., McHolm, A., Boyle, M.H., Patel, S. (2004) Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *J Child Psychol Psychiatry*, 45: 1363–1372.
27. Eley, T.C., Bolton, D., O’Connor, T.G., Perrin, S., Smith, P., Plomin, R. (2003) A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *J Child Psychol Psychiatry*, 44: 945–960.
28. Festa, C. C., Ginsburg, G. S. (2011) Parental and peer predictors of social anxiety in youth. *Child Psychiatry Hum Dev*, 42(3): 291–306.
29. Fogelson, D.L., Nuechterlein, K.H., Asarnow, R.A., Payne, D.L., Subotnik, K.L., Jacobson, K.C., Neale, M.C. and Kendler, K.S. (2007) Avoidant personality disorder is a separable schizophrenia-spectrum personality disorder even when controlling for the presence of paranoid and schizotypal personality disorders: The UCLA family study. *Schizophr Res*, 91(1-3): 192–199.
30. Franz, L., Angold, A., Copeland, W., Costello, E. J., Towe-Goodman, N., Egger, H. (2013) Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: prevalence and comorbidity. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 52(12): 1294–1303.
31. Furmark, T., Tillfors, M., Garpenstrand, H., Marteinsdottir, I., Långström, B., Oreland, L., Fredrikson, M. (2004) Serotonin transporter polymorphism related to amygdala excitability and symptom severity in patients with social phobia. *Neurosci Lett*, 362(3): 189–192.
32. Gazelle, H., Workman, J.O. and Allan, W. (2010) Anxious solitude and clinical disorder in middle childhood: Bridging developmental and clinical approaches to childhood social anxiety. *J Abnorm Child Psychol*, 38(1): 1–17.
33. Gilbert, P. (2000) The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clin Psychol Psychother*, 7(3): 174–189.
34. Gilbert, P. (2001) Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatr Clin*, 24(4): 723–751.
35. Gren-Landell, M., Aho, N., Andersson, G., Svedin, C. G. (2011) Social anxiety disorder and victimization in a community sample of adolescents. *J. Adolesc*, 34(3): 569–577.
36. Grupe, D. W., Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nat Rev Neurosci*, 14(7), 488–501.
37. Guyer, A. E., Jarcho, J. M., Pérez-Edgar, K., Degnan, K. A., Pine, D. S., Fox, N. A., Nelson, E. E. (2015) Temperament and parenting styles in early childhood differentially influence neural response to peer evaluation in adolescence. *J Abnorm Child Psychol*, 43(5): 863–874.
38. Hebert, K. R., Fales, J., Nangle, D. W., Papadakis, A. A., Grover, R. L. (2013) Linking social anxiety and adolescent romantic relationship functioning: indirect effects and the importance of peers. *J. Youth Adolesc*, 42(11): 1708–1720.
39. Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E., Kessler, R. C. (2000) Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. *Eur. Psychiatr*, 15(1): 29–37.
40. Heimberg, R.G. Social phobia, avoidant personality disorder and the multiaxial conceptualization of interpersonal anxiety. In: Salkovskis P.M., (Eds). *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*, Wiley, New York City, 1996, pp. 43–61.
41. Hoge, E. A., Lawson, E. A., Metcalf, C. A., Keshaviah, A., Zak, P. J., Pollack, M. H., Simon, N. M. (2012) Plasma oxytocin immunoreactive products and response to trust in patients with social anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 29(11): 924–930.



42. Hoge, E. A., Pollack, M. H., Kaufman, R. E., Zak, P. J., Simon, N. M. (2008) Oxytocin levels in social anxiety disorder. *CNS Neurosci Ther*, 14(3): 165-170.
43. Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child dev*, 2212-2225.
44. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6): 593-602.
45. Lavigne, J.V., Lebailly, S.A., Hopkins, J., Gouze, K.R., Binns, H.J. (2009) The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 38(3): 315-328.
46. Leigh, E., Clark, D. M. (2018) Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: applying the cognitive model of Clark and Wells (1995). *Clin. Child Fam. Psychol. Rev*, 21(3): 388-414.
47. Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., Merikangas, K. R. (2000) Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry*, 57(9): 859-866.
48. Majdandžić, M., Möller, E. L., de Vente, W., Bögels, S. M., van den Boom, D. C. (2014) Fathers' challenging parenting behavior prevents social anxiety development in their 4-year-old children: A longitudinal observational study. *Abnorm Child Psychol*, 42(2): 301-310.
49. Maner, J. K., Kenrick, D. T. (2010) When adaptations go awry: functional and dysfunctional aspects of social anxiety. *Soc Issues Policy Rev*, 4(1): 111-142.
50. Maner, J. K., Miller, S. L., Schmidt, N. B., Eckel, L. A. (2010) The endocrinology of exclusion: Rejection elicits motivationally tuned changes in progesterone. *Psychol Sci*, 21(4), 581-588.
51. Manning, R. P., Dickson, J. M., Palmier-Claus, J., Cunliffe, A., Taylor, P. J. (2017) A systematic review of adult attachment and social anxiety. *J Affect Disord*, 211: 44-59.
52. Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P. (2013) The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clin Psychol Psychother*, 20(4): 334-349.
53. McClellan, J., & Speltz, M. (2003) Psychiatric diagnosis in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42: 127-128.
54. Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. and Swendsen, J. (2010) Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(10): 980-989.
55. Nikolic, M., Vente, W. Colonnese, C., Bögels, S. M. (2016) Autonomic arousal in children of parents with and without social anxiety disorder: A high-risk study. *J Child Psychol Psychiatry*, 57(9): 1047-1055.
56. Notzon, S., Domschke, K., Holitschke, K., Ziegler, C., Arolt, V., Pauli, P., Reif, A., Deckert, J., Zwanzger, P. (2015) Attachment style and oxytocin receptor gene variation interact in influencing social anxiety. *World J Biol Psychiatry*, 17(1): 76-83.
57. Öhman, A. (1986). Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiol*, 23(2), 123-145.
58. Ollendick, T. H., Hirshfeld-Becker, D. R. (2002) The Developmental Psychopathology of Social Anxiety Disorder. *Biol Psychiatry*, 51(1): 44-58.
59. Ollendick, T. H., Yang, B., King, N. J., Dong, Q., & Akande, A. (1996) Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian children and adolescents: a cross-cultural study. *J Child Psychol Psychiatry* 37:213-220.
60. Perczel-Forintos, D. (2019) A standard kognitív terápis módszerei és hatóanyagok. In: Perczel-Forintos, D., Mórotz, K. (szerk) *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina, Budapest, pp. 151-176.
61. Pickard, H., Rijdsdijk, F., Happé, F., Mandy, W. (2017) Are Social and Communication Difficulties a Risk Factor for the Development of Social Anxiety?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 56(4): 344-351.
62. Pierce, T. (2009) Social anxiety and technology: Face-to-face communication versus technological communication among teens. *Comput Hum Behav*, 25(6): 1367-1372.
63. Pine, D.S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., Ma, Y. (1998) The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 56-64.
64. Pine, D. S., Costello, E. J., Dahl, R., James, R., Leckman, J., Leibenluft, E., ... & Zeanah, C. (2011). Increasing the developmental focus in DSM-V: Broad issues and specific potential applications in anxiety. The conceptual evolution of DSM-5, 305-321.
65. Pionek Stone, B., Kratochwill, T.R., Sladeczek, I., Serlin, R.C. (2002) Treatment of selective mutism: a best-evidence synthesis. *School Psychol Q*, 17: 168-190.
66. Ranøyen, I., Lydersen, S., Larose, T.L., Weidle, B., Skokauskas, N., Thomsen, P.H., Wallander, J. and Indredavik, M.S. (2018) Developmental course of anxiety and depression from adolescence to young adulthood in a prospective Norwegian clinical cohort. *Eur Child Adolesc Psy*, 27(11): 1413-1423.
67. Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., Marttunen, M. (2009) Social phobia in Finnish general adolescent population: Prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depress. Anxiety*, 26(6): 528-536.
68. Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L. E., Sallee, F. R. (2007) Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behav Res Ther*, 45(6): 1181-1191.
69. Reinelt, E., Aldinger, M., Stopsack, M., Schwahn, C., John, U., Baumeister, S. E., Grabe, H.J., Barnow, S. (2014) High social support buffers the effects of 5-HTTLPR genotypes within social anxiety disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 264(5): 433-439.
70. Reinelt, E., Stopsack, M., Aldinger, M., John, U., Grabe, H. J., Barnow, S. (2013) Testing the diathesis-stress model: 5-HTTLPR, childhood emotional maltreatment, and vulnerability to social anxiety disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 162(3): 253-261.
71. risk factors. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 4(1): 123-143.
72. Scaini, S., Belotti, R., Ogliari, A. (2014) Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: a meta-analytic approach to twin data. *J Anxiety Disord*, 28(7): 650-656.
73. Schneier, F. R., Liebowitz, M. R., Abi-Dargham, A., Zea-Ponce, Y., Lin, S. H., Laruelle, M. (2000) Low dopamine D2 receptor binding potential in social phobia. *Am J Psychiatry*, 157(3): 457-459.
74. Schneier, F. R., Rodebaugh, T. L., Blanco, C., Lewin, H., Liebowitz, M. R. (2011) Fear and avoidance of eye contact in social anxiety disorder. *Compr Psychiatry*, 52(1): 81-87.
75. Shevlin, M., McElroy, E., & Murphy, J. (2017) Homotypic and heterotypic psychopathological continuity: a child cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 52(9): 1135-1145.
76. Spence, S. H., Rapee, R. M. (2016) The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behav Res Ther*, 86: 50-67.
77. Spence, S., Rapee, R., McDonald, C., Ingram, M. (2001) The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behav Res Ther*, 39: 1293-1316.
78. Stein, D.J., Lim, C.C., Roest, A.M., De Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E.J., Bruffaerts, R. and De Girolamo, G. (2017) The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med*, 15(1): 143.
79. Stein, M. B. Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *Am. J. Psychiatry*, 157(10): 1606-1613.

80. Stein, M. B., Chartier, M. J., Kozak, M. V., King, N., Kennedy, J. L. (1998) Genetic linkage to the serotonin transporter protein and 5HT2A receptor genes excluded in generalized social phobia. *Psychiatry Res*, 81(3): 283-291.
81. Stein, M. B., Chen, C. Y., Jain, S., Jensen, K. P., He, F., Heeringa, S. G., Kessler, R.C., Maihofer, A., Nock, M.K., Ripke, S., Sun, X., Thomas, M.L., Ursano R.J., Smoller, J.W., Gelernter, J. (2017) Genetic risk variants for social anxiety. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 174(2): 120-131.
82. Stein, M. B., Keshaviah, A., Haddad, S. A., Van Ameringen, M., Simon, N. M., Pollack, M. H., Smoller, J. W. (2014) Influence of RGS2 on sertraline treatment for social anxiety disorder. *Neuropsychopharmacology*, 39(6): 1340.
83. Sterba S, Egger HL, Angold A. (2007) Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(10): 1005-13.
84. Strickland, J., Keller, J., Lavigne, J. V., Gouze, K., Hopkins, J., LeBailly, S. (2011) The structure of psychopathology in a community sample of preschoolers. *J Abnorm Child Psychol*, 39(4): 601-610.
85. Szádóczy, E., Papp Zs, Vitrai, J., Füredi, J. (2000) A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orv hetil*, 141: 17-22.
86. Van Ameringen, M., Mancini, C., Folvolden, P. (2003) The impact of anxiety disorders on educational achievement. *J. Anxiety Disord*, 17(5): 561-571.
87. Viana, A.G., Beidel, D.C., Rabian, B. (2009) Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clin Psychol Rev*, 29: 57-67.
88. Weems, C. F., Costa, N. M. (2005) Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(7): 656-663.
89. Wichstrom, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Egger, H.L., Solheim, E., Sveen, T.H. (2012) Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(6): 695-705.
90. Wittchen, H. U., Fehm, L. (2003) Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand*, 108: 4-18.
91. Wittchen, H.-U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (1999). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia-Findings from a controlled study. *Eur. Psychiatr*, 14(3): 118-131.
92. World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. ICD-10. 1992 Edition.*
93. Ziegler, C., Dannlowski, U., Bräuer, D., Stevens, S., Laeger, I., Wittmann, H., Kugel, H., Döbel, C., Hurlmann, R., Reif, A., Lesch, K-P, Heindel, W., Kirschbaum, C., Arolt, V., Gerlach, A.L., Hoyer, J., Deckert, J., Zwanzger, P., Domschke, K. (2015) Oxytocin receptor gene methylation: converging multilevel evidence for a role in social anxiety. *Neuropsychopharmacology*, 40(6): 1528-1538.

## Developmental psychopathology perspective of Social Anxiety Disorder

This review aims to present social anxiety disorder from a developmental psychopathological perspective. Evolutionary theories share the view that social anxiety might be adaptive in specific contexts, and suggest several mechanisms of dysfunction (*adaptive trade-off, mismatch, individual differences*). The aetiology of social anxiety disorder is characterized by a complex interplay of genetic and environmental factors including gene-environment interactions, correlations and epigenetic mechanisms. Although the main diagnostic criteria of social anxiety disorder are the same throughout the lifespan, developmental characteristics alter its presentation. In children, behavioural symptoms are common. We can view refusal of speech as a specific manifestation of avoidant behaviour related to young age. Therefore, some researchers suggest that selective mutism is an age-specific subtype of the disorder. Even though the majority of researchers agree that behavioural inhibition is an age-specific temperamental risk factor of social anxiety disorder, it might also be viewed as an early, subclinical form of the disorder. In adolescence, as part of the normal development, there is a temporary increase of social anxiety. In this age group, however, there is also an increase in the prevalence of social anxiety disorder. Adult-onset social anxiety disorder is rare. In adults, social anxiety disorder has to be differentiated from avoidant personality disorder. Social anxiety disorder is characterized by strong homotypic continuity, but evidence for a heterotypic continuity is also available, especially with other anxiety disorders and major depression, probably due to shared genetic factors. The developmental psychopathological approach of social anxiety – developmental paths, age-specific characteristics, etc. – may contribute to an early recognition of the disorder and facilitate more effective therapeutic interventions.

**Keywords:** social anxiety, social anxiety disorder, social phobia, development, psychopathology