

SOCIAL PHOBIA
Prabu Supramaniam
Udayana University School of Medicine Denpasar

ABSTRACT

Social Phobia is a condition characterized by a marked and persistent fear of social or performance situations in which embarrassment may occur. Exposure to the social or performance situation almost invariably provokes an immediate anxiety response. Although adolescents and adults with this disorder recognize that their fear is excessive or unreasonable, this may not be the case in children. Most often, the social or performance situation is avoided, although it is sometimes endured with dread. In individuals younger than 18, symptoms must have persisted for at least 6 months before the disorder is diagnosed. This diagnosis should not be given if the fear is reasonable given the context of the stimuli (e.g., fear of being called on in class when unprepared). The disturbance must cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. This disorder is not due to a medical condition, medication, or abused substance. It is not better accounted for by another mental disorder.

Key words: Phobia, social, symptoms, disorder

FOBIA SOSIAL

ABSTRAK

Fobia sosial adalah suatu kondisi yang ditandai oleh ketakutan yang signifikan dan persisten dari situasi sosial atau kinerja yang malu mungkin terjadi. Paparan situasi sosial atau kinerja hampir selalu memprovokasi respon kecemasan langsung. Meskipun remaja dan orang dewasa dengan gangguan ini mengakui bahwa ketakutan mereka berlebihan atau tidak masuk akal, ini tidak mungkin terjadi pada anak-anak. Paling sering, situasi sosial atau kinerja dihindari, meskipun kadang-kadang mengalami dengan ketakutan. Pada individu yang lebih muda dari 18, gejala harus bertahan selama minimal 6 bulan sebelum adalah gangguan dan baru didiagnosa. Diagnosis ini tidak boleh diberikan jika rasa takut adalah wajar mengingat konteks rangsangan (misalnya, takut disebut di dalam kelas ketika belum siap). Gangguan harus menyebabkan distress klinis signifikan atau penurunan di daerah penting sosial, pekerjaan, atau lainnya berfungsi. Gangguan ini bukan karena kondisi medis, obat-obatan, atau substansi disalahgunakan. Hal ini tidak lebih baik dijelaskan oleh gangguan mental lain

Kata kunci: Fobia, social, gejala, gangguan

PENDAHULUAN

Setiap orang pernah mengalami kecemasan. Sebagian besar dari kita menerimanya sebagai sesuatu yang normal dan dapat diatasi tanpa banyak kesulitan. Namun terdapat sejumlah besar manusia yang tidak dapat mengendalikan kecemasan mereka hingga timbul perasaan tertekan dan terganggu hidupnya. Kelainan ini disebut gangguan cemas dengan salah satu bentuknya adalah fobia.¹

Fobia adalah ketakutan yang tidak rasional terhadap sesuatu dengan keinginan yang sangat kuat untuk menghindari hal tersebut (Wikipedia 2006). Salah satu bentuk fobia yang paling sering terjadi adalah fobia sosial yang disebut juga gangguan cemas sosial dimana penderitanya mengalami ketakutan yang berlebih bila berada dalam situasi sosial. Fobia sosial merupakan kelainan mental ketiga tersering di dunia dengan penderita 70% adalah wanita, 66% tidak menikah, banyak dialami pada usia remaja, serta berstatus sosial ekonomi dan pendidikan menengah ke bawah (Cottraux 2005). Komplikasi yang dapat dialami penderita berupa gangguan cemas bentuk lain, depresi, dan ketergantungan alkohol atau obat-obatan.¹

Melihat banyaknya kasus yang terjadi dan risiko kerusakan yang ditimbulkannya, banyak studi yang meneliti tentang fobia sosial. Walau diperoleh perkembangan yang berarti terhadap pengertian dan penanganannya, kelainan ini seringkali tidak terdiagnosis sehingga tidak tertangani dengan baik. Hal ini terutama terjadi di Indonesia dimana fobia sosial masih belum banyak mendapat sorotan. Sintesis ini membahas tentang fobia sosial, pengertian, gambaran klinis, faktor penyebab, diagnosis, serta penanganannya.²

PENGERTIAN

Fobia sosial adalah ketakutan yang tidak rasional terhadap pandangan negatif orang lain. Penderita merasa bahwa semua orang memandangi dan mengevaluasi dirinya sehingga mereka cenderung menghindari situasi sosial, seperti berbicara di depan publik, tampil di panggung, bekerja ketika diawasi, makan di tempat umum, dan berkencan, karena khawatir akan berbuat sesuatu yang memalukan (Veale 2003). Keadaan ini menetap, berlangsung terus menerus dan dapat ditimbulkan oleh orang yang mereka kenal. Kecemasan penderita lebih kuat ditimbulkan oleh kelompok daripada individual, teman-teman sebaya daripada orang yang lebih tua, orang dengan jenis kelamin yang berbeda, dan orang yang lebih berkuasa (Veale 2003).

Terdapat dua tipe fobia sosial, yaitu fobia sosial umum yang lebih parah dan lebih buruk prognosisnya dimana penderitanya cemas dalam sebagian besar situasi sosial; dan fobia sosial spesifik yang lebih mudah ditangani dengan prognosis yang lebih baik karena kecemasan penderita hanya terbatas pada situasi sosial tertentu (Franklin 2003).²

GAMBARAN KLINIS

Secara umum, penderita fobia sosial terlihat tidak nyaman, cemas, ragu-ragu dan sulit mengungkapkan pendapat di tengah orang banyak. Namun pada situasi percakapan satu lawan satu menunjukkan keterampilan sosial yang normal. Hal ini dapat menjadi diagnosis diferensial untuk sindrom Asperger dimana penderitanya mengalami kekurangan pada kemampuan berkomunikasi (Veale 2003).

Karena kelainan ini sering terjadi bersamaan dengan depresi, penderita mungkin mengeluh merasa tertekan karena khawatir berlebihan. Pikiran pasien dipenuhi oleh

apa yang orang lain pikirkan mengenai mereka, kadang sampai mencapai tingkat delusi, dengan proses berpikir dan tingkat kecerdasan yang umumnya normal.²

Penderita fobia sosial tingkat lanjut dapat mengurung diri mereka agar tidak bertemu dengan orang lain. Isolasi sosial ini dapat mengarah ke perasaan putus asa, tertekan dan pikiran untuk bunuh diri.³

Gejala yang dialami penderita saat cemas antara lain pemusatan perhatian pada diri sendiri, malu, merasa rendah diri, bicara tergegap, pipi merona, berkeringat, gemetar, dada berdebar, ingin melarikan diri, serta pemikiran bahwa orang lain berpandangan negatif tentang dirinya. Tidak hanya itu, penderita juga mengalami kecemasan berminggu-minggu sebelum menghadapi situasi yang ditakutkan dan pikiran negatif yang mencela diri sesudahnya (Franklin 2003).³

Menurut model kognitif dari Clark dkk. (2003 dalam Veale 2003) untuk menanggulangi rasa cemas yang timbul, penderita umumnya akan melarikan diri dari situasi dengan cara berusaha untuk tidak terlihat, menghindari kontak mata, dan menunjukkan perilaku pengaman. Perilaku pengaman adalah perbuatan yang dilakukan untuk menyelamatkan diri saat menghadapi situasi yang dicemaskan. Pada fobia sosial dapat berupa minum alkohol, menghindari kontak mata, latihan berlebihan untuk menghadapi presentasi, bertanya terlalu banyak, bicara dengan pelan, dan menutupi bagian ketiak yang berkeringat.³

Veale (2003) berpendapat bahwa aspek budaya juga mempengaruhi gambaran klinis fobia sosial. Di Jepang yang penduduknya terikat tradisi sopan santun yang kuat, kelainan ini bermanifestasi sebagai *taijin kyofusho*, yaitu ketakutan menyakiti atau menyinggung perasaan orang lain.⁴

FAKTOR PENYEBAB

Penyebab fobia sosial masih belum jelas. Terdapat beberapa pendapat yang berusaha menjelaskan tentang hal ini dimana faktor genetik dan lingkungan diduga saling berinteraksi di dalamnya. Keterbatasan utama dalam mencari penyebab neurobiologinya adalah kesulitan menentukan apakah hal yang diteliti merupakan akibat atau faktor risiko dari timbulnya fobia sosial.⁴

Fobia sosial memiliki awitan pada saat remaja, kemudian berlanjut seumur hidup secara kronis dengan disertai beberapa penyakit psikiatri lainnya. Keadaan terkecil yang hampir selalu berkembang menjadi kelainan ini adalah perilaku terhambat, yaitu kecenderungan anak-anak untuk menunjukkan ketakutan atau menarik diri dari situasi yang baru. Penelitian Jerome Kagan (2004 dalam Cottraux 2005) tentang temperamen menguatkan pendapat ini. Hasil yang didapat menunjukkan bahwa bayi dengan temperamen terhambat cenderung berkembang menjadi anak yang menghindari hal-hal baru dan berlanjut sebagai penderita fobia sosial saat mencapai masa remaja.⁴

Penemuan ini menekankan pentingnya deteksi dan intervensi dini pada anak-anak yang berisiko dengan beberapa hal yang perlu diperhatikan. Pertama, masih kurangnya penelitian tentang manfaat deteksi dan penanganan dini fobia sosial pada anak-anak. Kedua, diperlukan penelitian genetik lebih lanjut untuk mengetahui gen mana yang berperan sehingga dapat dijadikan target intervensi.⁵

Temperamen terhambat diduga disebabkan oleh respon amigdala yang berbeda pada tiap orang terhadap sesuatu yang baru. Dugaan ini didukung oleh penelitian Schwartz & Rauch (2004 dalam Cottraux 2005) menggunakan *magnetic resonance imaging*

yang menemukan bahwa orang dewasa yang saat kecilnya memiliki temperamen terhambat, amigdalanya memberikan respon lebih besar terhadap wajah baru dibanding wajah yang sudah dikenal.⁵

Jadi dapat disimpulkan bahwa fobia sosial erat hubungannya dengan amigdala. Hal ini sesuai dengan penelitian Furmark dkk. (2002 dalam Cottraux 2005) yang menemukan bahwa terapi fobia sosial menurunkan aliran darah otak pada daerah tersebut sehingga aktivitas sarafnya turut berubah. Diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengerti lebih baik tentang daerah ini, kemungkinan keterlibatan komponen otak lain, dan hubungan antara amigdala dengan komponen tersebut dalam menimbulkan fobia sosial.⁶

Selain itu, terdapat dugaan bahwa neurotransmitter otak ikut berperan dalam fobia sosial, kebanyakan diantaranya berhubungan dengan amigdala baik langsung maupun tidak langsung. Dugaan ini didukung oleh fakta bahwa obat-obatan untuk terapi fobia sosial menyeimbangkan substansi tersebut. Tetapi masih belum jelas bagaimana keadaan masing-masing neurotransmitter dalam tiap tahap perkembangan fobia sosial dan bagaimana interaksi antar substansi ini dalam menimbulkan fobia sosial. Rangkuman cara kerja obat dan dugaan penyebab sosial fobia dapat dilihat pada Tabel 1.⁶

Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) menghambat pengambilan kembali serotonin dari sinapsis sehingga neurotransmitter ini dapat bekerja lebih lama. Hal ini menunjukkan kemungkinan kekurangan serotonin dalam fobia sosial.⁶

Fungsi *monoamine oxidase inhibitor (MAOI)* dan *reversible monoamine oxidase (RIMA)* adalah mengikat enzim pemecah *monoamine* (meliputi dopamin, serotonin,

norepinefrin dan epinefrin) sehingga aktivitas neurotransmitter ini meningkat. Hal ini menunjukkan kemungkinan kekurangan *monoamine* dalam fobia sosial. Pendapat ini ditopang oleh penelitian Rickel dkk (2004 dalam Cottraux 2005) yang menemukan bahwa *dual serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor* (obat penghambat pengambilan kembali serotonin dan norepinefrin dari sinapsis) terbukti efektif untuk terapi kelainan ini.⁶

Tetapi dugaan ini dilemahkan oleh fakta bahwa benzodiazepines dan analog *GABA* menurunkan distribusi norepinefrin ke amigdala; dan bahwa *beta blocker* menghambat masuknya epinefrin ke amigdala (Best 2003). Kedua fakta tersebut menunjukkan bahwa norepinefrin dan epinefrin meningkat pada fobia sosial.⁷

Fakta yang saling bertentangan ini mungkin berkaitan dengan tahap perkembangan fobia sosial. *SSRI*, *MAOI* dan *RIMA* termasuk obat-obatan anti depresi yang bekerja dengan jalan meningkatkan aktivitas *monoamine*. Jadi kekurangan *monoamine* dapat menyebabkan depresi yang merupakan salah satu komplikasi dari fobia sosial.⁷

Sebaliknya benzodiazepine dan *beta blocker* termasuk obat anti cemas yang bekerja dengan jalan menurunkan aktivitas norepinefrin dan epinefrin. Jadi kelebihan norepinefrin dan epinefrin dapat menyebabkan kecemasan yang merupakan gejala utama fobia sosial.⁷

Faktor lingkungan berupa overprotektif atau reaksi penolakan orang tua dalam mengasuh anak juga dapat meningkatkan risiko terjadinya fobia sosial (Franklin 2003). Sedangkan teori belajar menduga bahwa fobia sosial dipelajari sebagai usaha untuk menghindari hukuman, dalam hal ini berupa penolakan atau pandangan rendah orang lain (Veale 2003). Kelainan ini juga dapat timbul sebagai manifestasi pada

body dysmorphic disorder ataupun *olfactory reference syndrome* dimana penderita merasa malu untuk mengungkapkan kepada dokternya bahwa sebenarnya bentuk tubuh atau bau badanlah yang merupakan sumber kekhawatiran mereka (Veale 2003).⁸

DIAGNOSIS

Kriteria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)* untuk fobia sosial adalah sebagai berikut (American Psychiatric Association 1994)⁸:

Orang tersebut merasakan ketakutan yang nampak jelas dan menetap terhadap satu atau lebih situasi sosial dimana terdapat kumpulan orang yang belum dikenalnya atau dimana ia berkemungkinan dievaluasi oleh orang lain. Ia takut akan berbuat sesuatu atau menunjukkan gejala yang memalukan. Anak-anak menunjukkan kecemasan dalam pergaulan dengan teman sebaya, tidak hanya dengan orang dewasa. Paparan terhadap situasi yang ditakutkan hampir selalu mengakibatkan kecemasan. Pada anak-anak dapat berupa menangis, bergeming, atau menarik diri dari situasi. Orang tersebut menyadari kalau ketakutannya berlebihan dan tidak beralasan. Pada anak-anak pemikiran ini tidak selalu ada. Menghindari situasi sosial yang ditakutkan. Bila terpaksa terpapar, akan mengalami kecemasan dan tekanan yang sangat hebat. Penghindaran, kecemasan atau tekanan yang dialami berpengaruh secara signifikan terhadap rutinitas sehari-hari, fungsi akademis/pekerjaan, hubungan atau aktivitas sosial. Pada penderita di bawah 18 tahun, gejala telah tampak paling sedikit selama 6 bulan. Ketakutan yang dialami tidak disebabkan oleh efek fisiologis suatu substansi (seperti: narkoba, obat-obatan) dan tidak disebabkan oleh kelainan mental lain yang

lebih parah. Fobia sosial digolongkan sebagai fobia sosial umum kalau ketakutan meliputi sebagian besar situasi sosial dan mempertimbangkan adanya gangguan kepribadian menghindar. Keadaan lain yang terkait meliputi perasaan tertekan, disfungsi somatis/seksual, dan kepribadian pencemas, penakut atau tergantung pada orang lain.

PENATALAKSANAAN

Fobia sosial dapat ditangani dengan bantuan profesional. Sebagian besar pasien merasa lebih baik setelah mendapat penanganan yang tepat. Penderita dengan komplikasi kelainan psikiatrik lain memerlukan terapi yang lebih rumit dalam jangka waktu yang lebih lama. Karena kecemasan yang dialami tiap orang berasal dari seperangkat faktor yang berbeda, menentukan terapi yang tepat bisa menjadi sangat sulit. Beberapa pendekatan standar yang biasa dipakai dan telah terbukti efektif akan dijelaskan di bawah ini.⁸

PSIKOTERAPI

Kunci dari psikoterapi adalah terapi paparan. Terapi paparan adalah pemaparan berulang dan berjenjang terhadap sesuatu yang menjadi sumber ketakutan sampai akhirnya penderita menjadi terbiasa (Veale 2003). Pendekatan ini didasarkan atas teori belajar yang menduga bahwa kecemasan ditimbulkan oleh usaha untuk menghindari hukuman, sehingga untuk menangani fobia sosial, hukuman yang dicemaskan ini harus dilemahkan pengaruhnya (Veale 2003). Paparan bisa didapat dengan membayangkan (*in vitro*) atau dengan paparan sesungguhnya (*in vivo*).⁸

Terapi kognitif-perilaku merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang telah terbukti efektif sebagai terapi utama pada fobia sosial. Seperti yang ditunjukkan oleh

namanya, terapi ini adalah gabungan antara terapi kognitif dan perilaku. Dalam terapi kognitif, pasien diarahkan untuk mengenali pikiran negatif yang tidak realistis dan belajar untuk mengubahnya menjadi pikiran yang rasional. Hal ini sangat berguna dalam fobia sosial dimana penderitanya memiliki pemikiran yang melenceng terhadap apa yang orang lain pikirkan mengenai mereka (Veale 2003). Sedangkan dalam terapi perilaku diberikan terapi paparan sampai pasien mampu mengendalikan perilaku yang tidak diinginkan pada situasi yang sebelumnya dihindari.⁸

Terapi kognitif-perilaku meliputi penyusunan ulang pikiran pasien, pemaparan saat sesi dan pemaparan sebagai pekerjaan rumah (Davidson dkk. 2004). Terapi yang dilakukan saat sesi terdiri dari 4 tahap yang didasarkan dari 4 tahap otak dalam menentukan perilaku. Tahap-tahap tersebut adalah sebagai berikut: (1) Mengubah asumsi negatif dan tidak realistis pada diri pasien; (2) Mengidentifikasi gejala dan respon otonomik tubuh ketika rasa cemas datang; (3) Menghilangkan perilaku pengaman; (4) Menangani reaksi negatif pasien berupa adanya pemusatan perhatian pada diri sendiri dan pembentukan bayangan berdasarkan perspektif orang lain (Veale 2003).⁸

Untuk mengubah asumsi negatif dan tidak realistis pada diri pasien, dapat dipakai terapi paparan dengan cara mendorong pasien untuk melakukan hal yang mereka anggap memalukan kemudian menilai konsekuensi tindakan mereka menurut apa yang benar-benar terjadi, bukan menurut apa yang mereka bayangkan akan terjadi (Veale 2003).⁸

Pasien juga diberi pengertian bahwa perilaku pengaman dapat menghalangi usaha penyembuhan karena penderita akan memeriksa dirinya lebih teliti, meningkatkan

gejala yang mereka cemas, berefek *self-fulfilling prophecy* dan malah menarik perhatian ke gejala yang berusaha mereka sembunyikan (Veale 2003).⁸

Pemindahan pusat perhatian dilakukan dengan bermain peran atau dengan *Task Concentration Training* yang bertujuan agar pasien tidak lagi memikirkan bagaimana mereka terlihat di hadapan orang lain tetapi kepada tanggapan orang lain dan situasi yang dihadapi (Veale 2003). Sedangkan bayangan negatif yang berasal dari kejadian tidak menyenangkan dapat diterapi dengan membahas masa saat bayangan itu terbentuk dan kemudian mengubahnya menjadi sesuai keadaan sebenarnya saat ini (Veale 2003).⁹

Sesi terapi dianjurkan untuk direkam dalam video sehingga dapat diberikan umpan balik. Umpan balik ini berfungsi untuk menunjukkan kepada pasien bahwa pemikiran tentang bagaimana mereka nampaknya tidak selalu benar, dengan jalan menetapkan suatu titik tertentu dari reaksi cemas yang menurut mereka telah ditampilkan dan kemudian membandingkannya dengan penampilan sebenarnya yang terekam di video (Veale 2003).⁹

Terapi kognitif-perilaku merupakan pilihan utama pada fobia sosial (Veale 2003). Namun terapi ini memiliki beberapa kekurangan antara lain: harus ditangani oleh terapis yang profesional dan berpengalaman, ketersediaannya terbatas, daftar tunggunya panjang, serta memerlukan waktu yang lama.⁹

Kekurangan ini berusaha diatasi oleh terapi *virtual reality* yang baru-baru ini dikembangkan. *Virtual reality* adalah situasi visual yang disimulasi oleh komputer dengan menambahkan sensasi sensorik sehingga terasa nyata. Penelitian Klinger dkk

(2004 dalam Cottraux 2005) membuktikan bahwa terapi ini sama efektifnya dengan terapi kognitif-perilaku pada fobia sosial.⁹

Cara kerja terapi *virtual reality* memanfaatkan keistimewaan otak manusia yang mengisi kekosongan pada apa yang terlihat sehingga terasa masuk akal. Terapi ini memakai sensor gerakan yang dapat mengubah tampilan layar sesuai sudut pandang pasien untuk menciptakan ilusi dimana pasien merasa dirinya masuk ke dalam dunia buatan. Kekurangan terapi ini ialah diperlukan biaya yang besar untuk penyediaan alat-alat, terutama perangkat lunaknya (Cottraux 2005).⁹

Disamping kekurangannya, terapi *virtual reality* juga memiliki banyak kelebihan. Dibandingkan dengan paparan *in vitro*, terapi ini terasa lebih nyata sehingga lebih efektif. Kelebihannya dibandingkan dengan paparan *in vivo* adalah mampu menghadirkan berbagai situasi tanpa harus keluar dari ruang praktek sehingga pasien merasa lebih nyaman, memerlukan waktu lebih sedikit, pencatatan gejala dapat lebih mudah, dapat dihentikan bila gejala menjadi terlalu parah, dan situasi yang paling menakutkan dapat diulang secara berjenjang. Klinger dkk (2004 dalam Cottraux 2005) berpendapat bahwa dalam jangka panjang, biaya terapi *virtual reality* bisa lebih murah daripada terapi kognitif-perilaku.⁹

Melihat berbagai kelebihan *virtual reality*, bukan tidak mungkin kalau di masa mendatang terapi ini menjadi terapi standar pada fobia sosial. Meski begitu, masih diperlukan penelitian replikasi serta pengembangan terapi yang lebih murah dan dapat diaplikasikan pada setiap penderita.⁹

FARMAKOTERAPI

Obat-obatan yang dipakai dalam terapi fobia sosial jangka pendek antara lain dari golongan anti depresi dan anti cemas. Pertimbangan dipakainya farmakoterapi dalam fobia sosial adalah pilihan utama pasien, kegagalan dengan psikoterapi, daftar tunggu yang panjang untuk psikoterapi atau adanya depresi parah yang menyertai fobia sosial (Veale 2003). Cara kerja obat-obatan yang akan disebutkan berikut ini telah dibahas pada subjudul Faktor Penyebab.⁹

Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) (contohnya paroxetine, sertraline, fluvoxamine) menjadi obat utama karena efektif dan aman, dengan efek samping yang relatif kecil (Veale 2003). Tapi bahkan efek samping yang relatif kecil itu dapat berpengaruh terhadap hasil terapi dengan menurunkan kepatuhan pasien.⁹

Masalah ini dapat diatasi dengan memberikan kebebasan untuk memilih obat berdasarkan efek yang sudah diperkirakan, penyuluhan kepada pasien dan keluarganya, mengawasi efek samping yang terjadi, mengganti obat ketika efek mulai timbul, menambahkan obat lain yang dapat menetralkan efek samping, serta menyesuaikan dosis.⁹

Obat-obatan lain yang dapat dipakai sebagai alternatif apabila terapi dengan *SSRI* tidak menunjukkan perbaikan antara lain: *monoamine oxidase inhibitor (MAOI)* (contohnya phenelzine) yang terbatas penggunaannya karena perlu pengawasan makanan dan berisiko menyebabkan hipertensi; *reversible monoamine oxidase (RIMA)* (contohnya moclobemide); *beta blocker* (contohnya propranolol, atenolol); dan benzodiazepine (contohnya diazepam) yang tidak dianjurkan untuk diberikan karena efek sampingnya, kecenderungan untuk kecanduan dan dikontraindikasikan

pada penderita fobia sosial dengan depresi dan penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan (Veale 2003).⁹

Penelitian terbaru menemukan obat yang juga terbukti efektif untuk terapi jangka pendek, yaitu *venlafaxine-extended release* (merupakan *dual serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI)*) yang diteliti oleh Allgulander dkk. (2004 dalam Cottraux 2005); dan pregabalin (suatu analog *GABA*) yang diteliti oleh Pande dkk. (2004 dalam Cottraux 2005).⁹

TERAPI KOMBINASI

Psiko- dan farmakoterapi telah terbukti efektif. Penelitian Davidson dkk. (2004) yang membandingkan efikasi fluoxetine dengan psikoterapi menemukan bahwa keduanya lebih baik daripada plasebo untuk penanganan fobia sosial umum dengan hasil yang tidak berbeda signifikan antar keduanya. Hal ini mungkin dikarenakan efek samping obat membuat subyek tertekan sehingga menetralkan kemajuan tambahan yang mungkin dicapai.⁹

Data yang diperoleh menunjukkan bahwa fluoxetine paling cepat merespon pada minggu-minggu awal, tapi tidak ada perbedaan hasil dengan psikoterapi pada akhirnya. Sedangkan psikoterapi baru menunjukkan respon yang baik di tengah-tengah program dan kemudian dengan cepat menyusul kemajuan yang dicapai fluoxetine. Penemuan ini didukung oleh hasil serupa pada penelitian Heimberg dkk (1998 dalam Davidson dkk. 2004), sehingga dapatlah disusun suatu strategi baru yang diharapkan memberi keuntungan lebih besar, yaitu pemberian *SSRI* pada awal terapi dikuatkan dengan psikoterapi setelah minggu ke-4 sampai 8.⁹

Penelitian-penelitian yang ada mengenai efikasi terapi fobia sosial masih memiliki berbagai kekurangan. Mengingat bahwa fobia sosial bersifat kronis dan seumur hidup, diperlukan penelitian dengan *follow-up* lebih lama untuk mengatasi kekhawatiran kekambuhan (Cottraux 2005).⁹

Kedua, kriteria eksklusi subyek dengan depresi mayor merupakan poin tersering dalam menolak partisipan. Penelitian selanjutnya direkomendasikan untuk melibatkan penderita fobia sosial dengan depresi atau komorbiditas lain melihat banyaknya penderita dan kerusakan yang ditimbulkannya (Davidson 2004).⁹ Mengingat awitan fobia sosial adalah saat remaja dan banyaknya penderita remaja, maka penelitian selanjutnya direkomendasikan untuk melibatkan subyek yang lebih muda.⁹

KESIMPULAN

Fobia sosial memiliki prevalensi yang cukup tinggi di dunia dengan awitan pada masa remaja. Kelainan ini ditandai dengan ketakutan yang menetap terhadap situasi sosial dimana penderita mungkin dievaluasi atau dinilai negatif oleh orang lain. Penderitanya berisiko tinggi untuk menderita gangguan cemas lain, depresi, dan ketergantungan alkohol atau obat-obatan. Di Indonesia fobia sosial masih belum banyak mendapat sorotan.⁹

Gejala cemas pada fobia sosial sebagian besar berupa reaksi otonomik tubuh. Sedangkan perilaku yang ditunjukkan oleh penderita biasanya berupa perilaku pengaman yang juga dipengaruhi oleh aspek budaya. Diagnosis fobia sosial adalah berdasarkan kriteria *DSM-IV*.⁹

Terdapat beberapa pendapat mengenai hal ini dimana faktor genetik dan lingkungan diduga berinteraksi di dalamnya.⁹

Penanganan yang telah terbukti efektif untuk terapi fobia sosial jangka pendek adalah psikoterapi dan farmakoterapi. Psikoterapi meliputi terapi kognitif-perilaku dan terapi *virtual reality*. Sedangkan farmakoterapi meliputi *SSRI*, *MAOI*, *RIMA*, *beta blocker*, benzodiazepine, *SNRI* dan analog *GABA*.⁹

Tabel 1. Cara Kerja Obat-obatan dan Dugaan Penyebab Sosial Fobia

No.	Golongan Obat	Cara Kerja Obat	Dugaan Penyebab Sosial Fobia
1.	<i>Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)</i>	menghambat pengambilan kembali serotonin dari sinapsis sehingga neurotransmitter ini dapat bekerja lebih lama	kekurangan serotonin
2.	<i>Monoamine oxidase inhibitor (MAOI)</i>	mengikat secara irreversibel enzim pemecah neurotransmitter <i>monoamine*</i> sehingga aktivitas <i>monoamine</i> meningkat	kekurangan <i>monoamine</i>
3.	<i>Reversible monoamine</i>	mengikat secara reversibel enzim pemecah	kekurangan <i>monoamine</i>

	<i>oxidase (RIMA)</i>	neurotransmitter <i>monoamine</i> sehingga aktivitas monoamine meningkat	
4.	<i>Dual serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI)</i>	menghambat pengambilan kembali serotonin dan norepinefrin dari sinapsis sehingga neurotransmitter ini dapat bekerja lebih lama	kekurangan serotonin dan norepinefrin
5.	Benzodiazepines, Analog <i>GABA</i>	menghambat masuknya norepinefrin dari locus coeruleus ke amigdala	kelebihan norepinefrin
6.	<i>Beta blocker</i>	menghambat masuknya epinefrin ke amigdala	kelebihan epinefrin

* meliputi serotonin, dopamin, norepinefrin dan epinefrin

DAFTAR PUSTAKA

1. American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed, American Psychiatric Association, Washington, DC.
2. Best B.(2003–last updated), “Brain Neurotransmitters”, (*Brain Neurotransmitters*), Available: <http://www.benbest.com/science/anatmind/anatmd10.html>, (Accessed: 2006, 19 January).
3. Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C., Louis, B. (2003), “Cognitive therapy vs fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial”, *J Consult Clin Psychol*, vol. 71, pp. 1058-1067.
4. Cottraux, J. (2005), “Recent Developments in Research and Treatment for Social Phobia (Social Anxiety Disorder)”, *Curr Opin Psychiatry*, vol. 18, no. 1, pp. 51-54.
5. Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., Ning Zhao, Connor, K. M., Lynch, T. R., Gadde, K. M. (2004), ”Fluoxetine, Comprehensive Cognitive Behavioral Therapy, and Placebo in Generalized Social Phobia”, *Arch Gen Psychiatry*, vol. 61, pp. 1005–1013.
6. Franklin, R. (2003), “Social anxiety disorder”, *BMJ*, vol. 327, pp. 515–516.
7. Veale, D. (2003), “Treatment of Social Phobia”, *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 9, pp. 258–264.
8. Wikipedia (2006, 3 January, 08:01 - last modified), “Phobia”, (*Wikipedia*), Available: <http://en.wikipedia.org/wiki/Phobia>, (Accessed: 2006, 3 January).
9. Ruscio A.M., Brown T.A., Chiu W.T., Sareen J., Stein M.B., and Kessler R.C. (2007), “Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication”, *Psychological Medicine*, vol. 38, pp.15-28.