

## SOCIJALNI ANKSIOZNI POREMEĆAJ

Doc. Dr. Pavo Filaković i prof. dr. Nikola Mandić, Psihijatrijska klinika, KB Osijek

### *Uvod*

Socijalni anksiozni poremećaj (socijalna fobija) je neprimjereni strah od izloženosti promatranju i kritičnoj procjeni drugih osoba u različitim socijalno strukturiranim situacijama. Očituje se kao strah od javnih istupa, predavanja, izjava za TV, iznošenja svog mišljenja na sastanku, susreta sa značajnim osobama, pokazivanja znanja i vještina na ispitu, objedovanja u društvu drugih osoba itd. Osoba se boji kako će na javnom mjestu ispasti smiješna, nespretna, pokazati neznanje, napraviti nepopravljivu glupost i tako se javno osramotiti. Strah se javlja kad je pojedinac suprotstavljen skupu drugih osoba u socijalnim situacijama u kojima on na neki način dolazi u centar pažnje. Ako je prisiljena biti u fobičnoj situaciji, osoba doživljava jake simptome anksioznosti (crvenilo lica, znojenje, drhtanje i blokadu govora) uz popratne negativne spoznajne interpretacije (njen istup će promatrači ocijeniti glupim, neprimjerenim i dosadnim). Osoba je svjesna svoje anksioznosti i pratećih tjelesnih znakova, vjeruje kako je sve to lako uočljivo drugima pa se tako javlja strah od straha, koji u krug pojačava izvorni strah s mogućnosti pojave panike. Takva osoba razvija jaku anticipacijsku anksioznost od suočavanja s fobičnom situacijom i nastoji je, ako je to ikako moguće, izbjeći. To se negativno odražava na njezinu socijalnu umreženost i odnose, s posljedičnom redukcijom kvalitete života. Socijalni anksiozni poremećaj je najčešći anksiozni poremećaj (10-15%) i kao takav on je čest neprepoznati uzrok neuspjeha u školi, razvoda braka, neuspješne profesionalne karijere, neobjašnjivog odbijanja privlačnih poslovnih ponuda, asocijalnog života, alkoholizma, narkomanije i niza drugih oblika životnog poraza proizišlih iz izbjegavanja fobičnih socijalnih situacija. Moderni stil života u urbanim sredinama ne ostavlja takvim osobama puno manevarskog prostora za izbjegavanje fobičnih situacija. U najboljem slučaju razotkriva ih kao osobe s psihičkim poremećajem, a u lošijoj varijanti diskvalificira ih kao poslovno neuporabljive, nesposobne, socijalno manje vrijedne, s velikim izgledima da postanu "socijalni talog" užurbanog tržišno orijentiranog društva. Još i dandanas takve osobe obično prvo potraže liječničku pomoć zbog sekundarnih, popratnih psihičkih poremećaja, proizišlih iz neuspjeha izbjegavajućeg ponašanja, a liječnici se prihvaćaju liječenja opće anksioznosti, paničnih napadaja, depresije, alkoholizma i narkomanije, ne prepoznavši u pozadini socijalni anksiozni poremećaj. Problem neprepoznavanja socijalnog anksioznog poremećaja prisutan je svuda u svijetu. Prema istraživanjima, učestalost socijalnog anksioznog poremećaja kreće se između 13.3% u SAD (1) i 14,4% u Europi (2), ali je prepoznavanje tih poremećaja u liječničkoj praksi vrlo nisko. Samo oko 5% osoba s ovim poremećajem traži pomoć (3), a kada je i zatraži samo četvrtina njih dobije tu dijagnozu (4,5).

### ***Definicija i podtipovi socijalnog anksioznog poremećaja***

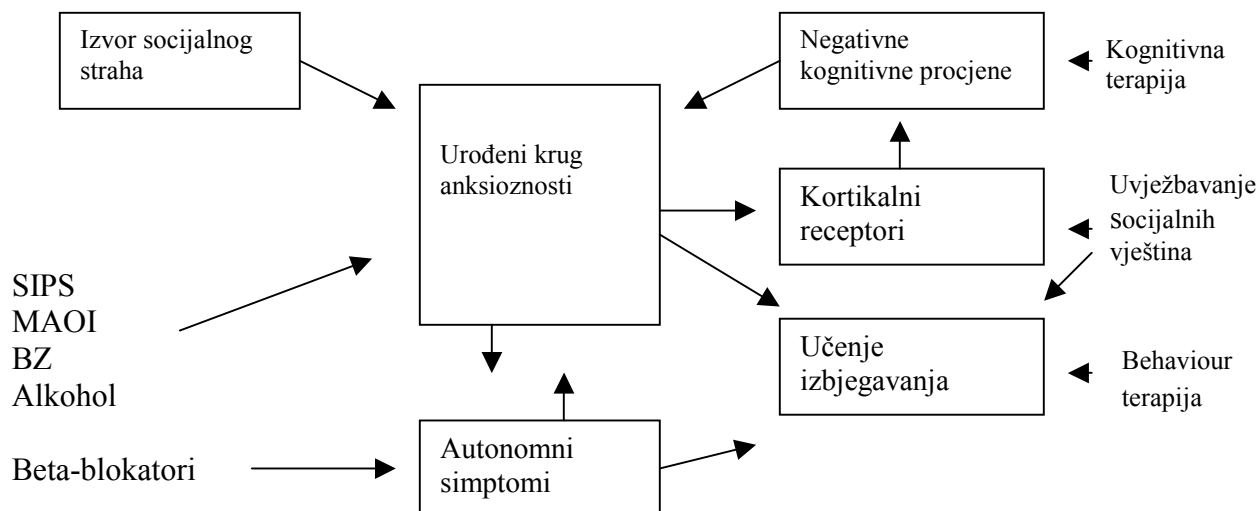
Primjerena anksioznost i stidljivost su normalni, sveprisutni i za socijalno funkcioniranje poželjni ljudski osjećaji. Tek kada im intenzitet prekorači prag i počne ometati socijalno funkcioniranje, oni postaju psihijatrijsko stanje. Zato su za dijagnozu, kao i inače u psihijatriji, potrebni dijagnostički kriteriji. Ti kriteriji omogućuju postavljanje praga između normalne anksioznosti i socijalnog anksioznog poremećaja s jedne te praga između ovog poremećaja i drugih psihičkih poremećaja s druge strane. U oba danas važeća klasifikacijska sustava (DSM-IV i ICD-10) osnovno obilježje socijalnog anksioznog poremećaja je strah osobe da će je drugi ljudi proučavati i ocjenjivati te očekivanje da će rezultat takvog ocjenjivanja za nju biti negativan i ponižavajući. Postoje i neke razlike. Tako se u ICD-10 javni govor pred velikom publikom ne smatra fobičnom situacijom, kao što je to prema DSM-IV, jer ICD-10 specificira da se strah od procjenjivanja mora odnositi na malu grupu ljudi, a ne na gomilu. Nadalje, DSM-IV specificira da poremećaj mora predstavljati socioekonomski teret za pacijenta, u smislu oštećenja profesionalnog funkcioniranja, dok to ICD-10 ne traži. Ove razlike se preispituju, jer mnogi ljudi koji godinama prilagođavaju svoj život ograničenjima poremećaja, imaju životne i profesionalne ciljeve postavljene ispod svojih stvarnih mogućnosti pa mogu ostaviti privid relativnog socijalnog uspjeha. ICD-10 naglašava važnost tjelesnih simptoma (crvenilo, znojenje, drhtanje ruku ili poriv za mokrenjem dok DSM-IV govori samo o simptomima anksioznosti koji se događaju u paničnoj ataci. Općenito, ICD-10 ima nešto strože kriterije. Wacker i sur. Su našli da je učestalost socijalnog anksioznog poremećaja uz primjenu ovog klasifikacijskog sustava značajno manja nego uz DSM-III-R.(6) Danas se drži kako postoje dva glavna klinički prepoznatljiva podtipa socijalnog anksioznog poremećaja: generalizirani i specifični (diskretni). Generalizirani podtip je karakteriziran prožetošću strahom od širokog spektra socijalnih situacija, a specifični (diskretni) podtip podrazumijeva strah od jedne ili nekoliko specifičnih socijalnih situacija. Najčešći je strah o javnog istupa (govor, predavanje, nastup na TV i sl.). Neki autori (primj. Westenberg) drže ovaj oblik straha, bez drugih socijalnih strahova, posebnim podtipom socijalnog anksioznog poremećaja (7). Pitanje je radi li se tu o pukom spektru intenziteta jedinstvenog poremećaja ili postoje bitne razlike između ovih podtipova. Za sada je uočeno kako su bolesnici s generaliziranim podtipom, u odnosu na specifični (diskretni), češće samci, imaju raniji nastup poremećaja, karakterizira ih strah od interpersonalnih interakcija i imaju veću stopu popratnog alkoholizma i atipične depresije. Nadalje, u usporedbi sa specifičnim (diskretnim) podtipom, bolesnici s generaliziranim anksioznim poremećajem su mlađi, manje obrazovani i imaju manju šansu za zaposlenje. Ponekad je teško razlikovati socijalni anksiozni poremećaj od agorafobije ili paničnih ataka. Kod agorafobije dominira strah od ljudi kao gomile, a kod socijalnog anksioznog poremećaja postoji strah od negativnog suda pojedinaca u toj gomili tj. strah od vlastitog ponašanja koje će biti negativno evaluirano. Ako razlika ipak nije jasna, prednost treba dati agorafobiji. Panični pak napadaji nisu uvijek socijalno situacijski uvjetovani dok je kod socijalnog anksioznog poremećaja to uvijek slučaj. Kako je socijalni anksiozni poremećaj kronično stanje, koje u trenutku dijagnosticiranja prosječno traje oko 20 godina, mala je vjerojatnost da će se spontano povući. Tek se jedna četvrtina bolesnika oporavi. Šanse za oporavak su to veće što je viša obrazovna razina, viša dob u trenutku pojave poremećaja i ako bolesnik nema popratni psihijatrijski poremećaj. Kako socijalni anksiozni poremećaj tipično počinje u adolescentnoj dobi, ključnom razdoblju za obrazovna postignuća bitna za životnu i radnu karijeru, to je u pravilu kvaliteta života osoba s tim poremećajem teže oštećena. (8,9,10,11)

### ***Etiologija i razvoj socijalnog anksioznog poremećaja***

Socijalni anksiozni poremećaj se javlja prije svih drugih anksioznih poremećaja, u adolescenciji, a neke njegove naznake mogu se uočiti već u djetinjstvu. Bihevioralne teorije ukazuju na tri ključna čimbenika u razvoju tog poremećaja: direktno kondicioniranje straha, sekundarno kondicioniranje straha (učenje opažanjem) te verbalni i neverbalni prijenos informacija o fobogenim socijalnim situacijama. U etiologiji socijalnog anksioznog poremećaja najviše sudjeluje direktno kondicioniranje (50%). Ispitivanja pojedinih podtipova socijalnog anksioznog poremećaja pokazuju različitu zastupljenost etioloških čimbenika. Tako je u nastanku specifičnog (diskretnog) podtipa značajan udio direktno kondicioniranog straha, dok kod generaliziranog oblika veću ulogu igraju nasljedni čimbenici. Obitelj može utjecati na pojavu socijalnog anksioznog poremećaja na više načina: direktnim kondicioniranjem, učenjem opažanjem, prijenosom informacija i biološkim nasljednim čimbenicima. Ponekad je teško razlučiti udio pojedinih čimbenika u nastanku poremećaja. Primjerice neka se djeca nemaju mogućnosti dovoljno angažirati u socijalnim interakcijama ili nemaju mogućnosti usvojiti sve potrebne socijalne vještine. To kasnije, u adolescenciji, pri preuzimaju socijalnih uloga odraslih, može biti značajan konstelacijski čimbenik u razvoju socijalnog anksioznog poremećaja. Neki roditelji podržavaju izbjegavajuće ponašanje svoje djece u dvosmislenim socijalnim situacijama umjesto da o njima otvoreno raspravljaju pa i to može potaknuti strahove kod djeteta. Obitelj može imati i vrlo pozitivan protektivni učinak ako inzistira kod djece na učenju socijalnih vještina i pomaže im snalaziti se u potencijalno fobogenim situacijama. Inhibirano ponašanje u djetinjstvu prethodi socijalnom anksioznom poremećaju. Ako se javi rano i ako je izraženo, obično je nasljedno uvjetovano i redovito je rani znak generaliziranog podtipa. Ipak, treba napomenuti da nije kod svih bolesnika s generaliziranim podtipom postojalo inhibirano ponašanje u djetinjstvu. Uočavanje inhibiranog ponašanja, selektivnog mutizma i drugih ranih znakova socijalnog anksioznog poremećaja u obitelji i školi je vrlo važno, jer djeca zbog svojih razvojnih kognitivnih ograničenja nikada nisu inicijatori liječenja ovog poremećaja. Nепреpoznati i neadekvatno liječeni socijalni anksiozni poremećaj u adolescenciji može se komplicirati i maskirati depresijom, ljenčarenjem, uličnim tučama, bježanjem od kuće, skitnjom, krađom i ovisnošću pa mu je kasnije vrlo teško ući u trag.(12)

### ***Neurobiologija socijalnog anksioznog poremećaja***

Neurobiologija anksioznosti je kompleksna i vrlo vjerojatno se sastoji od interakcije između više neuronskih putova koji koriste više neurotransmitorskih sustava. Prikupljena znanja još uvijek ne predstavljaju zaokruženu spoznajnu cjelinu pa se u njihovom predočavanju koriste shematizirani prikazi koji ostavljaju dosta prostora za nove hipoteze i otkrića. Koncept "urođenog kruga anksioznosti", premda krajnje pojednostavljen, vrlo je koristan za shematski prikaz glavnih komponenti socijalnog anksioznog poremećaja i mogućih mjesta djelovanja raspoloživih terapijskih metoda.



Prema ovom modelu, osobe sa socijalnim anksioznim poremećajem doživljavaju socijalne situacije kao prijeteće pa to aktivira urođeni krug anksioznosti. On provocira nastanak i hrani se povratno negativnim kognitivnim procjenama (osramotiti se, ispasti nesposoban). Taj krug također aktivira reakciju hipotalamično-hipofizno-adrenalne osi s karakterističnim kortizolskim odgovor na stres (hiperkortizolemija) i stimulira autonomni sustav s posljedičnim karakterističnim crvenjenjem, znojenjem i drhtanjem. Ovi tjelesni simptomi povratno pojačavaju krug anksioznosti uspostavljajući pozitivnu povratnu petlju koja dalje pogoršava stanje. Tako se može dosegnuti nepodnošljiva razina anksioznosti i podraženosti autonomnog živčanog sustava, koja prisili osobu na traženje izlaza tako što nauči izbjegavati slične situacije u budućnosti. Psihoterapijski pristupi, osobito kognitivna i behaviour terapija te uvježbavanje socijalnih vještina, su provjereno efikasni kod socijalnog anksioznog poremećaja. Usmjereni su na modificiranje ponašanja i kognitivnih reakcija u stanjima anksioznosti.(13,14) Beta-blokatori nisu osobito učinkoviti. Njihov pozitivni učinak očituje se samo u slabljenju periferne autonomne reakcije što može biti ciljano iskorišteno za umanjjenje tremora ruku i drugih znakova vegetativne pobuđenosti kod glazbenika, glumaca i sl. Naime, učinkovita farmakoterapijska sredstva (benzodiazepini, ireverzibilni i reverzibilni IMAO i selektivni inhibitori povrata serotonina) djeluju središnje, preko urođenog kruga anksioznosti, koji je u središtu konceptualnog modela socijalnog anksioznog poremećaja.(15)

Prema istraživanjima koja koriste egzogene spojeve za provociranje anksioznosti, osjetljivost kemoreceptora u socijalnom anksioznom poremećaju se pozicionira između normalnog i onog kod paničnog poremećaja. Tako primjerice reakcija na infuziju laktata kod bolesnika sa socijalnim anksioznim poremećajem više liči na onu kod normalnih osoba nego kod bolesnika s paničnim poremećajem, koji na njega reaguju porastom anksioznosti.(16) S druge pak strane, bolesnici sa socijalnim anksioznim poremećajem su osjetljiviji na ugljični dioksid od normalnih, a manje osjetljivi od bolesnika s paničnim poremećajem.(17,18) Pojačano znojenje, crvenjene i drhtanje, jasno ukazuju na uključenost adrenergičkog sustava u formiranje simptoma socijalnog anksioznog poremećaja. Taj sustav je po svemu sudeći nestabilniji nego kod normalnih osoba i uključuje povećanu stimulaciju beta-receptora na periferiji. Zato beta-blokatori mogu ukloniti neke periferne učinke anksioznosti, a samu anksioznost mogu ublažiti samo toliko koliko je ona povratno pojačana perifernom beta-reaktibilnošću. Eksperimentalna istraživanja pokazuju da

osobe sa socijalnim anksioznim poremećajem imaju niz finih kardiovaskularnih abnormalnosti karakterističnih za noradrenergičku nestabilnost: veći porast frekvencije srca i krvnog tlaka nego normalni pri javnom istupu i manji pad krvnog tlaka od normalnih pri ustajanju i sl.(19,20) Također ima niz dokaza o ulozi GABA-disfunkcije u nastanku i pojačavanju anksioznosti. Alkohol i benzodiazepini, stimulatori GABA neurotransmisije, reduciraju socijalnu anksioznost.(21,22)

Ima više indirektnih dokaza o disfunkciji dopaminergičkog sustava kod osoba sa socijalnim anksioznim poremećajem. (23,24) Naposljetku, djelotvornost selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina u liječenju tog poremećaja govori da serotonin ima važnu ulogu u njegovoj etiologiji. To su podržale i studije koje ukazuju na preosetljivost 5HT<sub>2A</sub>-receptora.(24, 25) te anksiolitički učinak paroksetina kod štakora (26). Mehanizam djelovanja selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina kojim se uklanja anksioznost kod osoba sa socijalnim anksioznim poremećajem nije potpuno jasan, ali odgođeni učinak ovih sredstava sugerira da se radi ili o postsinaptičkoj desenzitizaciji ili pojačanju presinaptičke funkcije. Zapravo, postoje barem dva serotoninergička puta uključena u regulaciju anksioznosti, koji imaju suprotni učinak. Za ascendentni put koji ide od nuclei raphe do amigdala i frontalnog korteksa, vjeruje se da olakšava kondicionirani strah, a za drugi put, od nuclei raphe do periakveduktalne sive mase vjeruje se da inhibira nekondicionirani strah. U jednom putu serotonin je anksio geničan, a u drugom anksiolitičan. Učinak selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina ovisit će o relativnoj važnosti svakog puta u etiologiji socijalnog anksioznog poremećaja.(27)

Promjene u moždanoj funkciji kod osoba sa socijalnim anksioznim poremećajem mogu se prikazati i neuroimaging tehnikama. Kod zdravih osoba se pozitronskom emisijskom tomografijom (PET) mogu razaznati karakteristične promjene u protoku krvi kroz mozak pri izazivanju anksioznosti.(28). Zanimljivo je da se samo kod osoba sa socijalnim anksioznim poremećajem nalazi povećan protok krvi u desnom dorzolateralnom prefrontalnom korteksu i lijevom parijetalnom korteksu, područjima važnim za planiranje afektivnih odgovora i za svijest o položaju tijela.(29)

### ***Komorbiditet u socijalnom anksioznom poremećaju***

Socijalni anksiozni poremećaj je kronični i onesposobljujući poremećaj koji često prethodi drugim psihičkim poremećajima i biva njima maskiran pa ga liječnici teško prepoznaju.(30) Prema jednoj velikoj epidemiološkoj američkoj studiji (31) 59% ispitanika sa socijalnim anksioznim poremećajem imalo je popratnu jednostavnu fobiju, 45% agorafobiju, a 17% major depresiju. Osim toga 19% su bili ovisnici o alkoholu, a 13% ovisnici o narkoticima. U jednom francuskom ispitivanju komorbiditeta u socijalnom anksioznom poremećaju nađeno je da on u 75% slučajeva najmanje godinu dana prethodi depresiji.(2) Slična izvješća postoje za agorafobiju (2) i poremećaje jedenja (32). Zanimljivo je opažanje da je učestalost komorbiditeta depresije i alkoholizma u socijalnom anksioznom poremećaju puno viša kod osoba s nastupom tog poremećaja prije 15-te godine.(33) Sucidalni rizik je veći kod socijalnog anksioznog poremećaja s komorbiditetom nego bez njega. Socijalna fobija teško onesposobljuje osobu, često puta više nego teški tjelesni poremećaj, kako na profesionalnom polju tako na području obiteljskih odnosa, obrazovanja, životne karijere. Takve osobe se rjeđe žene, češće rastaju i češće ostaju nezaposleni nego normalni.

### ***Mjerenje oporavka od socijalnog anksioznog poremećaja***

Oporavak od socijalnog anksioznog poremećaja je slabo definiran koncept. Teško je govoriti o potpunom oporavku poslije promašene životne karijere, propuštenih životnih šansi i opterećenosti komorbiditetom. Isto tako teško je evaluirati uspješnost liječenja, jer se posljedice poremećaja odražavaju na svim područjima života. Pri evaluaciji oporavka treba uzeti u obzir tri kriterija: objektivni – jesu li simptomi i izbjegavajuće ponašanje iščezli, odnosno ublažili se; adaptivni – je li osoba pri oporavku postigla premorbidnu razinu funkcioniranja koja oslobađa sve njene potencijale i subjektivni – osjeća li se osoba doista dobro, odnosno smatra li svoju kvalitetu života zadovoljavajućom. Za evaluaciju se koriste prikladne standardizirane ocjenske ljestvice koje se mogu podijeliti na one koje ocjenjuju težinu kliničke slike, dizabilitet i kvalitetu života. Jedne su generične, a druge specifične. Sve se temelje na upitniku kojeg popunjava ili liječnik ili sam bolesnik. Generičke ljestvice za ocjenjivanje težine poremećaja dijele se na one za globalnu procjenu (primj. ljestvica općih kliničkih dojmova – CGI (Clinical Global Impressions) i na one za simptomsku procjenu (primj. Hamiltonova ocjenska ljestvica za anksioznost – HAM-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety). Od specifičnih ljestvica za ocjenjivanje težine socijalnog anksioznog poremećaja treba istaknuti široko primjenjivanu Liebowitzovu ljestvicu socijalne anksioznosti – LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale) koja se sastoji od 24 stavke od kojih se 13 odnosi na situacije javnog izlaganja, a 11 ispituje socijalne interakcije. Ljestvice za ocjenjivanje dizabiliteta također mogu biti generičke (Ljestvica za ocjenu sveukupnog funkcioniranja – Global Assessment of Functioning, Sheehanova ljestvica za ocjenu dizabiliteta – Sheehan Disability Scale) i specifične (Liebowitzeva samoocjenska ljestvica dizabiliteta – Liebowitz Self-Rated Disability Scale). Ljestvice za ocjenu kvalitete života su generičke (Ljestvica za ocjenu kvalitete života SZO-100 – WHO Quality of Life-100, Inventar kvalitete života za pacijenta – Quality of Life Inventory te Skraćene verzije od 36 i 12 stavki za liječnika). Posebno pažljivo treba evaluirati terapijski odgovor pri liječenju psihofarmacima. Najčešće korištena generička ljestvica za procjenu farmakoterapijskog odgovora je CGI, pri čemu se značajno poboljšanje i umjereno poboljšanje smatraju povoljnim terapijskim odgovorom. Za procjenu promjene pojedinih simptoma tijekom liječenja koristi se specifična ljestvica LSAS. Dvije ocjenske ljestvice posebno u pogodne za ocjenjivanje fizioloških simptoma: Kratka ljestvica za socijalnu fobiju – BSPS (Brief Social Phobia Scale) i Inventar socijalne fobije – SPIN (Social Phobia Inventory)). Kako nema jedne ljestvice prikladne za definiranje oporavka, preporuča se koristiti više različitih ljestvica od kojih svaka treba ocjenjivati posebni aspekt socijalnog anksioznog poremećaja: simptome, funkcioniranje i kvalitetu života (34,35)

### ***Psihoterapija socijalnog anksioznog poremećaja***

U liječenju socijalnog anksioznog poremećaja efikasne su samo grupne kognitivno-bihevioralne psihoterapijske tehnike temeljene na strategiji kontroliranog izlaganja ustrašnim situacijama. Psihodinamski orijentirane i druge tradicionalne psihoterapije nisu efikasne. Uobličene su dvije skupne kognitivno bihevioralne psihoterapijske tehnike: Kognitivno bihevioralna skupna terapija i Uvježbavanje socijalne efikasnosti. Obje uključuju izlaganje ustrašnoj situaciji, ali s različitim ciljem. Skupna kognitivno bihevioralna terapija je usmjerena na ispravljanje kognitivnih pogrešaka, dok Uvježbavanje socijalne efikasnosti koristi treniranje socijalnih vještina kako bi se bolje podnijele fobogene socijalne situacije. Skupna kognitivno

bihevioralna terapija ima značajnu prednost, jer je kratka, simptomski usmjerena interventna tehnika. Ona uključuje obrazovnu komponentu o prirodi anksioznosti, njezinim različitim oblicima i etiološkim čimbenicima te učenje same terapijske tehnike koja uključuje i domaću zadaću. Izlaganje je ključno u liječenju ovog anksioznog poremećaja. Terapija se provodi obično u 12 do 15 seansi od kojih svaka traje po 2,5 sata. Kognitivno restrukturiranje je glavna komponenta ove terapijske tehnike. Uvježbavanje socijalne efikasnosti je usmjereno na učenje socijalnih vještina koje je tematski obrađuju u 28 seansi u razdoblju od 16 tjedana pri čemu se koristi i ciljano izlaganje za pacijenta specifičnim fobogenim situacijama u kontroliranim uvjetima. Problem u vezi s ovim psihoterapijskim tehnikama je nedostatak uvježbanih terapeuta koji bi ih provodili pa su izrađeni i priručnici za samopomoć s detaljnim uputama o provođenju terapije kod kuće.(36)

### ***Farmakoterapija socijalnog anksioznog poremećaja***

Glavni ciljevi farmakoterapije socijalnog anksioznog poremećaja su:

- osloboditi bolesnika straha i kognitivnih distorzija,
- umanjiti anticipacijsku anksioznost,
- ublažiti izbjegavajuće ponašanje,
- umanjiti autonomne i fiziološke simptome pobuđenosti i anksioznosti,
- poboljšati funkcioniranje bolesnika i njegovu kvalitetu života.

U farmakološkom liječenju socijalnog anksioznog poremećaja isprobana su slijedeća farmakoterapijska sredstva: ireverzibilni i reverzibilni inhibitori MAO, beta-blokatori, anksiolitici i selektivni inhibitori povrata serotonina. Ireverzibilni inhibitori MAO nisu se pokazali prikladnim za liječenje socijalnog anksioznog poremećaja zbog nuspojava i niza dijetetskih ograničenja kojih se bolesnici moraju pridržavati pri uzimanju tih sredstava. Reverzibilni selektivni inhibitor MAO-A – moclobemid, koji ima manje nuspojava i ne zahtijeva stroga dijetetska ograničenja, pokazao se u više studija efikasnijim u liječenju socijalnog anksioznog poremećaja od placeba, ali rezultati nisu osobito impresivni.(37,38)

Anksiolitički učinak i brz nastup djelovanja benzodiazepina razlogom su njihove široke primjene u liječenju anksioznih poremećaja. Radi se o prolaznim učincima pa ih se preporuča davati samo kao privremenu, pomoćnu terapiju u akutnoj fazi anksioznog poremećaja. Učinak alprazolama u jednoj placebo kontroliranoj studiji pokazao se vrlo skromnim (alprazolam : placebo = 38% : 20%).(38,39) Bolji rezultati postignuti su uz primjenu clonazepama (clonazepam : placebo = 78% : 20%). Danas se smatra kako beta-blokatori, unatoč sposobnosti parcijalnog uklanjanja tjelesnih znakova anksioznosti, zapravo nisu efikasni u liječenju socijalnog anksioznog poremećaja. (40) Selektivni inhibitori pohrane serotonina (SIPS) su najnovija skupina antidepresiva ciljano dizajnirana za isključivo selektivno djelovanje na serotoninški sustav. Velika rasprostranjenost serotoninškog sustava u ljudskom mozgu i njegove različite uloge objašnjavaju i različite kliničke primjene ove najnovije skupine antidepresiva. Terapijski učinak SIPS-a ovisit će o relativnoj važnosti oštećenog serotoninergičkog puta u etiologiji psihičkog poremećaja. To vrijedi i za socijalni anksiozni poremećaj kod kojeg SIPS-i oporavljaju prirodnu anksiolitičku aktivnost serotoninergičkog sustava (vidi Neurobiologija socijalnog anksioznog poremećaja).

Najopsežnija baza podataka o liječenju selektivnim inhibitorima pohrane serotonina (SIPS) odnosi se na Paroxetin. Poslije dvije male ohrabrujuće otvorene studije (41-42), poduzeta su opsežna multicentrična i placebo kontrolirana istraživanja. U tri studije istraživanjem je obuhvaćeno 850 osoba s generaliziranim socijalnim anksioznim poremećajem koji su bili liječeni

paroxetinom 12 tjedana u dozama od 20, 40, 50 i 60 mg dnevno. Pozitivan učinak paroksetina na kliničku sliku i funkcioniranje bolesnika u različitim područjima života, dokazan je u sve tri studije. (40, 43)

Podaci o ostalim članovima SIPS skupine u liječenju socijalnog anksioznog poremećaja proizašli su iz malog broja malih kontroliranih, malih otvorenih studija ili prikaza slučajeva. Sertralin (44), fluvoxamin (45), fluoxetin (46) i citalopram (47) su se također potvrdili efikasnim u liječenju socijalnog anksioznog poremećaja.

Kako socijalni anksiozni poremećaj ima kroničan tijek posebno je važno pitanje prevencije relapsa. Impresivni su rezultati studije Steina i sur. (42) u kojoj su poslije 11 tjedana liječenja paroxetinom razvrstali bolesnike s generaliziranim socijalnim anksioznim poremećajem na paroxetin-skupinu i placebo-skupinu. Poslije 12 tjedana u placebo-skupini bilo je 62% relapsa, a u paroxetin-skupini samo 12%. Autori su preporučili trajanje farmakoterapije najmanje 3 mj. U drugoj studiji, nijedan bolesnik koji je bio na klonazepamu tijekom 12 mjeseci nije doživio relaps, dok je među onima koji su poslije 6 mj. prebačeni na placebo bilo 12% relapsa. Ovi rezultati upozoravaju kako bi produžna farmakoterapija nakon uklanjanja ili ublaženja simptoma socijalnog anksioznog poremećaja trebala trajati do jednu godinu. Indikacije za takvu produžnu farmakoterapiju su: upornost značajnih simptoma, postojanje komorbiditeta, rani početak, teži izbjegavajući poremećaj osobnosti i podatak o relapsima u prošlosti. Kako bolesnike najviše plaše tjelesni simptomi anksioznosti, koji odaju njihov strah u fobičnim situacijama (crvenjenje, drhtanje, znojenje), pri praćenju učinkovitosti liječenja treba posebnu pažnju obratiti ovim simptomima. SIPS su učinkoviti u uklanjanju ovih simptoma pa nema potrebe kombinirati ih s beta-blokatorima. Loš terapijski ishod najavljuje: rani početak socijalnog anksioznog poremećaja, podaci o hereditetu, teža klinička slika na početku liječenja, komorbiditet (osobito alkoholizam) i poremećaj osobnosti (granični, pasivno-ovisni tip). Iz svega navedenog proizlazi da su lijek izbora za socijalni anksiozni poremećaj prije svega selektivni inhibitori pohrane serotonina i visokopotentni anksiolitici. Prvima treba dati prednost, a druge treba dati privremeno radi potenciranja anksiolitičkog učinka u akutnoj fazi poremećaja.(40)

### ***Zaključak***

Socijalni anksiozni poremećaj je najčešći anksiozni poremećaj (10-15%), koji je pojavljuje u dva podtipa – generalizirani i specifični (diskretni) podtip. Razina prepoznavanja ovog poremećaja u ordinacijama opće medicine je još uvijek vrlo niska. To je poremećaj koji počinje u adolescenciji i ima značajne negativne odraze na društveni život, radnu aktivnost i kvalitetu života pojedinca. Neurobiološka osnova ovog poremećaja još uvijek nije dovoljno istražena. Poremećaj je često opterećen komorbiditetom s drugim anksioznim poremećajima, depresijom te ovisnošću o alkoholu i narkoticima. U psihoterapijskom liječenju ovog poremećaja dolaze obzir samo kognitivno-bihevioralne tehnike i to najbolje u kombinaciji s farmakoterapijom. Lijek izbora u liječenju socijalnog anksioznog poremećaja su selektivni inhibitori pohrane serotonina. Ukoliko se daje paroxetin, doza je 20 mg/dan prvih 2-4 tjedna, a zatim se ona prilagođava u rasponu od 20-60 mg. Anksiolitike treba koristiti samo kao pomoćno sredstvo u akutnoj fazi. Liječenje socijalnog anksioznog poremećaja treba trajati najmanje 3 mj. do 1 godinu.

## LITERATURA

1. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, et al. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch gen Psychiatry* 1996;53:159-68.
2. Weiller E, Bisslerbe JC, Boyer P, et al. Social phobia in general health care: an unrecognised untreated disabling disorder. *Br J Psychiatry* 1996;168:169-74.
3. Bisslerbe JC, Weiller E, Boyer P, Lepine JP and Lecrubier Y. Social phobia in primary care: level of recognition and drug use. *Int Clin Psychopharmacology* 1996;11(suppl 3):25-9.
4. Ross J. Social phobia: the consumer's perspective. *J Clin Psychiatry* 1993;54(12, suppl): 5-9.
5. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiological findings. *Am J Psychiatry* 2000;157:1606-1613.
6. Wacker HR, Mullejjans R, Klein KH, et al. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 1992;2:91-100.
7. Westenberg HGM. The nature of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 17):20-4.
8. Mannuza S, SchneierFR, Chapman TF, et al. Generalized social phobia: reliability and validity. *Arch gen Psychiatry* 1995;52:230-7.
9. Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS, et al. DSM-III R subtypes of social phobia: comparison of generalized social phobias and public speaking phobias. *J Nerv Mnet Dis* 1990;178:172-9.
10. Davidson JRT, Hughes DL, George LK, et al. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993;23:709-18.
11. Anton S, Mandić N. Socijalna fobija. *Liječ Vjesn* 1997;119:275-8.
12. Beidel DC. Social anxiety disorder: etiology and early clinical presentation. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 17):27-31.
13. Van Dyck R. Non-drug treatment for social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11(suppl 3):65-70.
14. Shear MK, Beidel DC. Psychotherapy in the overall management strategy for social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 17):39-44
15. Nutt DJ, Bell CJ, Malizia AL. Brain Mechanisms of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 17):4-9.
16. Liebowitz MR, Fyer AJ, Gorman JM, et al. Specificity of lactate infusions in social phobia versus panic disorders. *Am J Psychiatry* 1985;142:947-50.
17. Gorman JM, Fyer M, Goetz R, et al. Ventilatory physiology of patients with social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:31-9.
18. Holt PE, Andrews G. Provocation of panic: three elements of the panic reaction in four anxiety disorders. *Behav Res Ther* 1989;27:253-61.
19. Levin AP, Saoud J, Strauman T, et al. Responsens of generalized and discrete social phobias during public speaking. *J Affect Disord* 1993;7:207-21.

20. Coupland NJ, Bailey JE, Potakar JP, et al. Abnormal cardiovascular responses to standing in panic disorder and social phobia (abstract). *J Psychopharmacol* 1995;(suppl 3):A73
21. Kalueff AV, Nutt DJ. The role of GABA inn memory and anxiety. *Anxiety* 1997;4:100-10.
22. Reiter SR, Pollack MH, Rosenbaum JF, et al. Clonazepam for the treatment of social phobia. *J Clin Psychiatry* 1990;51:470-2.
23. Richard IH, Schiffer RB, Kurlan R. Anxiety and Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1996;8:383-92.
24. Tancer ME. Neurobiology of social phobia. *J Clin Psychiatry* 1993;54(suppl 12):26-30.
25. Hollander E, Decaria CM, Truongold S, et al. 5-HT function and neurology of social phobia: New Research Program and abstracts of the 144th annual meeting of the American Psychiatric Association. 1991: New Orleans, La. Abstract NR350:132.
26. Lightower S, Kennett GA, Williamson IJR, et al. Anxiolytic like-effect of paroxetine in rat social interaction test. *Pharmacol Biochem Behav* 1994;49:281-5.
27. Graeff FG, Guimeras TS, De Andrade TG, et al. Role of 5-HT in stress, anxiety and depression. *Pharmacol Biochem Behav* 1996;54:1129-41.
28. Malizia AL. PET studies in experimental and pathological anxiety (abstract). *J Psychopharmacol* 1997;111:A88.
29. Price CJ, Friston KJ. Cognitive conjunction: a new approach to brain activation experiments. *Neuroimage* 1997;5(4 pt 1):261-70.
30. Lecrubier Y. Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 17):33-7.
31. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, et al. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:282-8.
32. Flament MF, Godard N. Social phobia: a risk factor for eating disorders? *Eur Neuropsychopharmacol* 1995;5:360.
33. Lecrubier Y. Implications of early onset social phobia on outcome. *Eur Neuropsychopharmacol* 1997;7(suppl 2):S85
34. Bobes J. How is recovery from social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 17):12-16.
35. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1987;22:141-73.
36. Shear MK, Beidel DC. Psychotherapy in the overall management strategy for social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 17):39-44.
37. Schneier FR, Goetz D, Campeas R, et al. Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *Br J Psychiatry* 1998;172:70-77.
38. Noyes R Jr, Moroz G, Davidson JRT, et al. Moclobemide in social phobia: a controlled dose-response trial. *J Clin Psychopharmacol* 1997;17:247-54.
39. Gelertner CS, Uhde TW, Cimblino P, et al. Cognitive-behavioural and pharmacological treatment of social phobia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:938-45.
40. Davidson JRT. Pharmacotherapy of social anxiety disorder (article and discussion) *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 17):47-53.
41. Mancini C, van Ameringen M. Paroxetine in social phobia. *J Clin Psychiatry* 1996;57:519-22.
42. Stein MB, Chartier MJ, Hazen AL, et al. Paroxetine in the treatment of generalised social phobia: open-label treatment and double-blind placebo controlled discontinuation. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16:218-22.

43. Gergel I, Pitts C, Oakes R, et al. Significant improvement in symptoms of social phobia after paroxetine treatment (abstract). *Biol Psychiatry* 1997;42(suppl 1):26
44. Katzelnick DJ, Kobak KA, Greist JH, et al. Sertraline for social phobia: a double-blind placebo controlled crossover study. *Am J Psychiatry* 1995;152:1368-71.
45. van Vliet IM, den Boer JA, Westenberg HG. Psychopharmacological treatment of social phobia: a double-blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology (Berl)* 1994;115:128-34.
46. Van Ameringen M, Mancini C, Streiner DL. Fluoxetine efficacy in social phobia. *J Clin Psychiatry* 1993;54:27-32.
47. Lepola U, Koponen H, Leinonen E. Citalopram in the treatment of social phobia: a report of three cases. *Pharmacopsychiatry* 1994;27:186-8.
48. Sutherland SM, Tupler RA, Colket JT, et al. A 2-year follow-up of social phobia: status after a brief medication trial. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:731-8.
49. Versiani M, Mundim FD, Nardi AE, et al. Tranylcypromine in social phobia. *J Clin Psychopharmacol* 1988;8:27-83.
50. Slaap BR, van Vliet IM, Westenberg HG, et al. Responders and non-responders to drug treatment in social phobia: differences at baseline and prediction of response. *J Affect Disord* 1996;39:13-19.