

# VICEVERSA

**27**

**LJUBLJANA**

**JULIJ 1999**

**SLOVENSKE PSIHIATRIČNE PUBLIKACIJE**

Za interno uporabo!

## **VICEVERSA**

Slovenske psihiatrične publikacije

ISSN 1318 - 5764

Izdaja

Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo Ljubljana  
(predsednik prim. dr. Jože DAROVEC)

Glavni urednik:

prim. dr. Jože FELC

Odgovorni urednik:

prof. dr. Miloš KOBAL, dr. med.

Uredniki:

mag. dr. Zdenka ČEBAŠEK - TRAVNIK, dr. med., mag. dr. Janez MLAKAR, mag. dr.  
Marga KOCMUR, dr. med., prof. dr. Martina TOMORI, dr. med., Andrej ŽMITEK, dr. med.

Uredniški odbor:

mag. dr. Sabina BERTONCELJ-PUSTIŠEK, dr. med., Darja BOBEN-BARDUTZKY, dr.  
med., prim. Jože DAROVEC, dr. med., Viktorija FRANGEŽ-ŽIGON, dr. med., Daniel  
LAJLAR, dr. med., dr. Tone PAČNIK, mag. Marko PIŠLJAR, dr. med., mag. dr. Maja  
RUS, dr. med., prof. Ladi ŠKRBINEK, Dragan TERZIČ, dr. med., doc. dr. Slavko  
ZIHERL, dr. med.

Sponzor VICEVERSE 27:

Hoffmann - La Roche Ltd, Basel

Podružnica Ljubljana

Dalmatinova 10

1001 Ljubljana

Tisk: Littera picta d.o.o., Ljubljana

Po mnenju Ministrstva za informiranje št. 23/276-92 z dne 29.4.1992 spada publikacija  
med proizvode informativnega značaja, za katerega se plačuje davek od prometa  
proizvodov po stopnji 5%.

# VSEBINA

## UVODNIK

MF. Kobal

Nedorečenosti o razpoloženskih motnjah: depresivna nevroza, distimija, larvirana depresija, socialna fobija, bojzljivostna in depend entna osebnost, ciklotimična osebnost ..... 3

D. Terzič

Moklobemid (Aurorix): značilnost in uporaba v višjih odmerkih, zlasti pri socialni fobiji ..... 10

B. Kores Plesnicar, B. Zalar

Socialna fobija ..... 17

## ZA SPECIALISTA IN SPLOŠNEGA ZDRAVNIKA

Aurorix – najpogostejša vprašanja in odgovori ..... 26

## UVODNIK

# NEDOREČENOSTI O RAZPOLOŽENJSKIH MOTNJAH: DEPRESIVNA NEVROZA, DISTIMIJA, LARVIRANA DEPRESIJA, SOCIALNA FOBIIJA, BOJAZLJIVOSTNA IN DEPENDENTNA OSEBNOST, CIKLOTIMIČNA SEBNOST.

Miloš Frančišek Kobal \*

Ob številnih in poglobljenih opisih hude depresije, psihotične, rekurentne, v bipolarni povezavi, o katerih poročajo obsežno v literaturi (in tudi v Viceversi), je malo ali nič govora o drugih pojavih iz tega kroga, kjer se srečujemo z razpoloženskimi motnjami do ravni otožnosti in potrnosti, pa s spremljajočimi spremembami v vedenju.

Od motenj, ki jih velja upoštevati, se zdi dovolj čvrsto opredeljena le **distimija**.

Najpomembnejši diagnostični kriteriji za distimično motnjo po DSM IV (1) so:

A. Depresivno razpoloženje večji del dneva in večino dni od možnih, ugotovljeno s subjektivnim sporočilom ali z opazovanjem drugih, v trajanju najmanj dveh let.

*Opozorilo:*

pri otrocih in mladostnikih je razpoloženje lahko razdražljivo, trajati pa mora vsaj eno leto.

B. V trajanju depresivnega razpoloženja dvoje (ali več) naslednjih simptomov:

- (1) slaba ješčnost ali prekomerna ješčnost
- (2) nespečnost ali prekomerno spanje
- (3) nizko občutje energije ali utrujenost
- (4) nizko samospoštovanje
- (5) slaba koncentracija ali težave pri odločanju
- (6) občutja brezupa

C. Med dvoletnim trajanjem motnje (pri otrocih in mladostnikih enoletnim) oseba ni bila brez simptomov, navedenih pod A in B, več kot dva meseca naenkrat.

\* dr. Miloš F. Kobal, dr. med., Psihiatrična klinika in Katedra za psihiatrijo, Zaloška c. 29, Ljubljana.

Kvantitativno in kvalitativno jasnost navedenih kriterijev pa v klinični praksi že takoj zmoti možno prepletanje distimije s hudimi, navadno ponavljajočimi se oblikami depresije, ki zagotavlja kliniku pravilnost diagnoze »**dvojna depresija**«. Še več: komorbidnost z motnjami, ki jih bomo še naštevali in tudi nenaštetimi, je bolj pravilo kot izjema.

Še bolj pa smo v zadregi takrat, kadar se klinična slika našega bolnika ne sklada s kvantitativnimi kriteriji za distimijo, saj je dvoletno obdobje lahko zastavljeno preveč rigidno, razploženjska motnja pa je ena od možnih nians depresivnosti v najširšem smislu. Depresijo v fenomenološki razvrstitvi pojmuje kot najresnejši in vitalni znak znižanega čustvovanja, manj izrazita stanja te vrste pa opredelimo kot otožnost (blaga motnja) in potrlost (srednja motnja). Pri mnogih avtorjih se pogosto srečujemo z manj skrbnim fenomenološkim opredeljevanjem znižanega čustvovanja, kar morda ni usodno, povzroča pa težave tako pri diagnostičnem kot terapevtskem pristopu k bolniku.

»Depresivno razploženje« med kriteriji za distimijo je pri skrbnem upoštevanju fenomenologije razumeti kot »potrlost«. Kaj pa storiti z vsemi tistimi pacienti, ki so po lastni in terapevtovi oceni zgolj otožni? Še več zadrege povzroči dejstvo, da smo z otožnostjo in/ ali potrlostjo v razpoloženju na začetku večkrat prikritega procesa in je do dveh let njegovega trajanja še daleč. Pogosto se bo zgodilo, da bolnikova otožnost s spremljajočimi značilnimi telesnimi in duševnimi znaki in simptomi sploh ni trajala tako dolgo, da bi retrogradno uveljavili kriterije za distimijo. Depresivne motnje so namreč nepredvidljive in tako nestalne v svojem pojavljanju, da jih je težko brez ostanka uvrstiti v veljavne klasifikacijske modele.

Žmitek (2) se upravičeno sprašuje, kam uvrstiti številne depresivne motnje, ki so pogoste in obremenjujoče za bolnika, vendar ne odgovarjajo kriterijem za distimijo. Po našem mnenju se kaže takrat vrniti h konceptu **nevrotične depresije** ali **depresivne** (kot podvrste ciklotimične) **osebnosti**. Iz teh kliničnih slik sta se pojem in opis distimije sploh rodila (3).

Mednarodna klasifikacija bolezni – 10 revizija daje s kategorijo: **mešana anksiozna in depresivna motnja** bolj fleksibilnemu opredeljevanju in zdravljenju nevrotičnega odzivanja prosto pot. Pri podrobnem intervjuju,

še zlasti pri uporabi ocenjevalnih lestvic, kot je Hamiltonova, se po pravilu pokaže dovolj visoka stopnja bolnikove anksioznosti. Zato se anksioznosti pri opredeljevanju katerekoli depresivne motnje pravzaprav ne motemo izogniti.

Ko ob svojem pacientu razmišljamo ne le o simptomatiki, marveč tudi o vzrokih za nastanek nevrotične anksioznosti in depresivnosti, zadenemo ob pomembnost **stresa**, ki je ali naj bi bil v ozadju abnormnega reagiranja. Ugotavljanje stresa bo nujno zahtevalo še večjo natančnost v klasificiranju motnje (motnja kot »**reaktivna depresija**«). Treba bo odločiti, kaj je za posameznega bolnika sploh stres, ali ga bomo priznali le v njegovi odkriti in jasni, večkrat materializirani obliki, ali pa bomo upoštevali tudi bolj prikrito vplivanje enega ali več neugodnih dejavnikov, ki jim bo nekdo od nas kar takoj pripisal **stresogeni**, drugi pa prej **dinamični**, nezavedni vpliv. Klinične izkušnje potrjujejo, da je dejanska ali simbolična izguba, ki naruši določene objektne odnose, po večini v ozadju nevrotične depresije. Izenačili bi jo s stresom, kot ga sedaj na široko razlagamo. Njegova vsebina pa je kar dobro determinirana: izhaja iz globoke pacientove narcisoidnosti, ki težko ali pa sploh ne sprejme dogodkov, večkrat povsem naravnih (npr. izgubo enega od staršev v zrelejših letih) in si objektivno, včasih tudi zavestno zastavlja vprašanje, kako se je prav njemu kaj tako hudega moralo zgoditi. Iz takšne dinamike ali ob njej se srečujemo še z ambivalentnostjo in prikrito ali celo odkrito sovražnostjo do tistega, ki je s svojim odhodom bolniku povzročil izgubo. V tem pogledu se krajša ali daljša anksiozna depresivna obdobja vključujejo v celotno bolnikovo doživljanje in predstavljajo zanj **prilagoditveno motnjo**.

Od Vitorovića (4) dalje le redko govorimo o **larvirani depresiji**, čeprav je ta, po mojem mnenju, množična. Nekoč so me na seminarju splošni zdravniki vprašali, kako prepoznati takšno depresijo. Odgovoril sem, da boluje zanjo večina njihovih pacientov z nejasnimi, zlasti revmatoidnimi težavami. Ta trditev se sicer ne sklada z odstotki spremljajočih telesnih težav, ki jih navaja Vitorović: po literaturi pripada najvišnji odstotek (26,7) centralno živčnim težavam (glavoboli, omotice, vrtoglavice itd). Ko pa seštejemo »nejasne splošne telesne težave« in »revmatoidne fenomene«, pa se oboje zares povzpne na prvo mesto (29,1%) simptomov, ki prikrivajo to vrsto depresije...

Zadenemo pa ob drug problem, namreč na nesigurnost zdravnika pri prepoznavanju duševnih pojavov, o katerih je včasih mogoče razmišljati nematerialno in zgolj simbolično. To jih sili v številne potrebne in nepotrebne preiskave, včasih v prav dramatičnem obsegu. Premalo se zanesejo na psihopatološke znake in simptome, ki pa vendarle so in jih je po poznavanju in izkušnjah mogoče ugotoviti tudi pri larvirani depresiji. Spet svetujem uporabo ocenjevalnih lestvic. Srečal sem se s pacientko, ki so ji, malo tudi zaradi znanstva s pomembnejšim zdravstvenim funkcionarjem, napravili veliko številno zahtevnih pregledov in posegov, skoraj vseh, »razen bronhoskopije«, kot sem preiskave nekoliko šaljivo komentiral. Pacientka pa je bila depresivna, resda prikrito, a se je odlično popravila prav z moklobemidom v dnevnem odmerku 600 mg skozi daljše obdobje, kar je bilo nekaj več od takrat priporočenega odmerka.

O **socialni fobiji** ne vem iz osebnih izkušenj nič, takšne diagnoze še nisem pripisal nobenemu izmed svojih pacientov. S tem ne zanikam, da ni ljudi, pri katerih odkrijemo:

»stalen in nelogičen strah, ki je povezan s stališči, pojavom in vedenjem drugih ljudi kot tudi pred določenimi socialnimi situacijami, katerim se prizadete osebe izmikajo in umikajo. Vedo, da je strah nelogičen, vendar se »endogeno« pojavi, ko nastopi provokativna situacija« (5).

Po načelih za psihiatrično fenomenologijo bi takšen opis komaj imeli za pravo fobijo. Zato so Amerikanci upravičeno pripisali pod naslov »socialna fobija« v oklepaju še označbo »**socialna anksiozna motnja**«, kar je po mojem mnenju ustreznejše. Sam sem po štiriletnem bivanju v katoliškem internatu doživel obilo tesnobe pri socialnih situacijah v šolskem razredu in pri kupovanju v trgovini. Tem situacijam sem se na veliko izogibal. Verjeli ali ne, oče me je nekega dne prisilil v nastop pred celotnim razredom in od takrat me ni do začetka vojne nikoli manjkalo pri nobeni šolski proslavi z recitacijo ali govorom. Ob tem si lahko zastavljamo vprašanje o epigenetskih in /ali situacijskih vzrokih za socialno fobijo. Ta je po trditvah Versianija in sodel. (6) diagnostično globoko podcenjena, kar velja zame v polni meri. Sicer pa bodo v tej številki publikacije na voljo popolnejši podatki in s tem tudi pobude za prepoznavanje te motnje.

Znaki in simptomi za socialno fobijo pa se prepletajo, če niso večkrat

prav isti, z **bojazljivostno (izmikajočo se) osebnostjo**. Morda se o njej najhitreje prepričamo, če pacientu usmerjeno zastavimo nekaj vprašanj, ki jih vsebuje vprašalnik SCID II, izhajajoč iz ameriškega diagnostičnega priročnika DSM IV:

1. Čustveno sem hitreje prizadet kot večina ljudi, če me drugi kritizirajo ali se ne strinjajo s tem, kar sem rekel ali storil.
2. Razen ožje družine nimam nikogar, ki bi mu bil resnično blizu, komur bi lahko zaupal in se z njim pogovarjal o osebnih težavah.
3. Ne maram imeti opravka z ljudmi, če nisem gotov, da so mi naklonjeni.
4. Izogibam se situacijam, ko bi moral imeti veliko stikov z drugimi ljudmi.
5. V družbi sem pogosto tiho, ker se bojim, da bi kaj narobe rekel ali da ne bi bil sposoben odgovoriti na kako vprašanje.
6. Pogosto se bojim, da bom videti nervozen, da bom zardel ali zajokal pred drugimi ljudmi.
7. Mnogo stvari, ki jih drugi nimajo za nevarne, se meni zdi nevarnih.

Na vprašanja je potrebno odgovoriti z: NI TAKO – TAKO JE

Prevod: dr. J. Mlakar

Z uvrstitvijo **dependentne osebnosti** v depresivni krog so prav gotovo težave. Po izkušnjah je njena simptomatika v iskanju navezanosti in pomoči od drugih sicer dobro določljiva, vendar kažejo njeni nosilci vsaj nekatere značilnosti iz opisa socialne fobije kot tudi bojazljivostne osebnosti. Največ oseb z dependetnostjo sem srečal med ženskami z odkritimi ali prikritimi oralitetnimi problemi, mnoge so bile žene oseb, odvisnih od alkohola, kar je kar neposredno razkrivalo njihovo bazično depresivnost.

Tako so vsem opisom navedenih osebnosti skupne razpoloženske motnje iz depresivnega kroga, o čemer se hitro prepričamo, ko pri diagnosticiranju uporabljamo katerega od diagnostičnih pripomočkov za depresijo, npr Hamiltonovo lestvico. Prav razploženjske motnje so tiste, ki upravičujejo tudi pri njih uporabo antidepresivov in/ ali ustrezne psihoterapije.

Nazadnje je potrebno spregovoriti še o **ciklotimni osebnosti**. Ko se v različnih življenskih okoliščinah srečujemo s takimi osebami, spoznavamo, da te »ničesar v načelu ne odklanjajo, ničesar ne žele



popravljeni po kakšnih togih pravilih, nobenega tragično zaostrelega konflikta ni pri njih, marveč življenje s stvarnostjo, sožitje, sočutje in sožalje s svojo okolico« (E. Kretschmer). Prijatelj, ki je zboleval za bipolarno obliko bolezni, mi je omogočil pogovore z devetindvajsetimi sorodniki več generacij. Nobeden od njih ni nikdar dosegel hudih bolezenskih manifestacij, ne v eni, ne v drugi smeri. Pač pa bi v končni oceni dejal, da so bili vsi podčrtano ekstravertirani; mnogi pa so pripovedovali tudi o nihanjih » razpoloženja in aktivnosti med razigrano agilnostjo in pobito zavrtostjo« (7), pomešano tudi z otožnostjo in potrlostjo.

Nič novega ne povem, če poudarim visoko stopnjo zdravljivosti motenj iz depresivnega kroga. O tem pa med drugim odloča tudi zanesljiva diagnostika. O tej smo izrekli opozorila o dilemah in nedorečenostih. V zdravljenju pa se že od odkritja učinkovitih antidepresivov prepletajo med seboj psihoterapija, medikamentozna terapija in kombinacija medikamenta z odgovarjajočo psihoterapevtsko metodo. V različnih poročilih zasledimo podatke, ki prikazujejo rezultate zdravljenja različnih načinov konkurenčno; en postopek zoperstavlja drugemu. Lahko ugovarjate, vendar v tem pogledu nobena študija ni povsem prepričljiva. Za zdravnika ob konkretnem bolniku še vedno ostajajo odprte vse tri navedene opcije.

Pač pa je za terapevta pomembno, katero izmed njih bo izbral. Menim, da so za odločitev v igri trije dejavniki. Naprej dovolj podrobna in ustrezno ocenjena simptomatika, po potrebi tudi širše, kot pa jo utesnjujejo klasifikacije. Tu se pokaže naše mojstrstvo v diagnosticiranju. Drugi dejavnik je pacient sam, njegova celotna osebnost in sposobnost za čvrsto vključitev v transferno povezavo. Tretji pa je terapevt, dovolj razgledan in terapevtsko usposobljen, s primernimi izkušnjami, da se odloči za eno izmed terapevtskih poti. Ta pa bo, kot smo dejali, rezultanta opisanih treh dejavnikov.

V tej številki Viceverse bo spet govora o uporabi moklobemida. Zdravilu smo namenili posebno pozornost v eni izmed prejšnjih števil (VICEVERSA, Slovenske psihiatrične publikacije 10, november 1995), v precejšnji meri tudi na podlagi lastnih izkušenj s tem zdravilom (8). Mesto moklobemida, ki ga bodo izkušeni terapevti z novimi

ugotovitvami predstavili v naslednjih sestavkih, je trdno in zanesljivo med antidepresivi nove generacije (RIMA), upošteva je izhodišča, ki smo jih pravkar razložili.

## Literatura:

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994: 349.
2. Žmitek A. Afektivne motnje in zmožnost za delo. V: Romih J, Žmitek A ur. Duševne motnje in zmožnost za delo. Begunje na Gor: Psihiatrična bolnišnica, 1998: 62 – 63.
3. Versiani M, Amrein R, Stabl M. Moclobemide and imipramine in chronic depression (dysthymia): an international double-blind, placebo-controlled trial. *Int Clin Psychopharmacology* 1997; 12: 183 – 193.
4. Vitorović M. Nekateri problemi larvirane depresije. Spominski zbornik. Ljubljana-Polje: Univerzitetna psihiatrična klinika, 1989: 98 – 106.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994: 416.
6. Versiani M, Amrein R, Montgomery SA. Social phobia: long-term treatment outcome and prediction of response – a moclobemide study. *Int Clin Psychopharmacology* 1997; 12: 329 – 344.
7. Milčinski L. Psihiatrično izrazje. Ljubljana: SAZU in Psihiatrična klinika, 1993: 30.
8. Kobal M, Košorok M, Terzič D. Novi reverzibilni inhibitor MAO – moklobemid – v naši praksi. *Viceversa* 1995; 10: 1 – 12.

# MOKLOBEMID /AURORIX/ : ZNAČILNOST IN UPORABA V VIŠJIH ODMERKIH ZLASTI PRI SOCIALNI FOBIJI

Dragan Terzič\*

UVOD – Moklobemid /Aurorix/ je na razpolago že nekaj več kot 10 let. Sodi med reverzibilne inhibitorje monoaminooksidaze A /RIMA/. Po učinkovitosti je enakovreden klasičnim inhibitorjem monoaminooksidaze /MAO/, toda precej bolj varen. Z ozirom na klinično učinkovitost, varnost, majhno število stranskih učinkov in možnost prilagajanja odmerka, njegova uporaba narašča. Uporablja se za zdravljenje depresivnih bolezni in drugih motenj.

Prvi uporabni IMAO je bil iproniazid. Kmalu so sintetizirali tudi druge IMAO hidrazinskega tipa /izokarboksazid in fenelzin/ in nehidrazinskega tipa /tranilcipromin/. Omenjeni preparati so učinkoviti antidepressivi, toda tvorijo ireverzibilno vez z encimom MAO in so v inhibiciji neselektivni.

Izoencim MAO delimo v dve obliki – MAO–A in MAO–B. Oba se nahajata v CZS in perifernih tkivih. MAO–A presnavlja serotonin /5-HT/, noradrenalin /NA/, adrenalin /A/ in deloma dopamin /DA/ in tiramin. MAO–B presnavlja feniletilamin, feniletanolamin in benzilamin. Izoencim MAO je lokaliziran na zunanji strani mitohondrijske membrane.<sup>(1,2)</sup> Največ izoencima MAO najdemo v jetrih in gastrointestinalnem traktu. Klasični ireverzibilni IMAO inhibirajo obe obliki omenjenega encima za razliko od novih selektivnih inhibitorjev, ki reverzibilno inhibirajo le eno obliko encima MAO. Z inhibicijo encima MAO pride do kopičenja aminov znotraj neurona. Po večtedenski uporabi IMAO ali RIMA pride do zmanjšanja števila  $\beta$ , alfa 1, alfa 2 adrenoreceptorjev in 5-HT1 in 5-HT2 receptorjev.<sup>(2,3)</sup> Moklobemid v večji meri zviša nivo 5-HT kot NA in DA.

Nivo encima MAO se s starostjo viša. MAO-B kaže višanje nivoja in aktivnosti, medtem ko MAO-A kaže višanje nivoja, toda ne tudi

---

\* Prim. Dragan Terzič, dr. med., Psihiatrična klinika, Studenec 48, Ljubljana–Polje.

aktivnosti. Kljub temu, zaradi znižane aktivnosti jetrnih encimov, ni potrebno spreminjati odmerka IMAO ali jih je celo uporabljati v nižjem odmerku.

Inhibitorje encima MAO delimo na dve veliki skupini:

1. ireverzibilni IMAO – hidrazinski  
– nehidrazinski
2. reverzibilni IMAO – RIMA

Iz skupine RIMA je prvi uspešno v praksi uporabljeni antidepresiv moklobemid – Aurorix. Inhibira encim MAO-A v 40–50%. V nepomembni meri inhibira tudi MAO-B encim. Lahko se uporabi v kombinaciji z drugimi antidepresivi iz skupine heterocikličnih antidepresivov /HCA/ in selektivnimi serotoninergičnimi inhibitorji privzema. Hitro se absorbira iz gastrointestinalnega trakta in doseže vrh plazemske koncentracije med 30 min in 1 uro. V 50% se veže na plazemske beljakovine in ima razpolovni čas približno 1–2 uri. Za razliko od drugih IMAO ponovljeno dajanje moklobemida ne poveča inhibicije encima.

**VARNOST ANTIDEPRESIVOV** – antidepresivi so precej nevarna zdravila, ki so pogost vzrok smrti, ko jih ljudje zaužijejo v samomorilne namene. To velja predvsem za antidepresive iz skupine HCA in IMAO in je zato potrebno pazljivo odmerjati ta zdravila. HCA v odmerku 1500 mg in več lahko povzročijo smrt. To pomeni, da je že desetkratni povprečni dnevni odmerek ki ga zaužijejo v samomorilnem namenu, lahko letalen. Razen tega imajo HCA številne nevarne stranske učinke na kardiovaskularnem sistemu, antiholinergične in histaminergične stranske učinke itn. Zato se uporabljajo le v ozkih terapevtskih odmerkih.

SSRI so danes verjetno najpogosteje uporabljeni antidepresivi zaradi velike varnosti, enostavnosti v odmerjanju in učinkovitosti. Imajo relativno blage stranske učinke, od katerih so najpogosteje v ospredju gastrointestinalne težave, nespečnost in nemir. Učinkoviti so tudi v težjih oblikah depresij. Čeprav so v predoziranju vami, je tudi s temi zdravili uspelo nekaj samomorov. Kljub temu veljajo za varna zdravila. V višjih odmerkih od predpisanih ne povečajo inhibicije privzema 5-HT. Zato z dajanjem višjih odmerkov od predpisanih le v manjši meri povečamo njihovo učinkovitost.

Drugi novejši antidepresivi, kot so nefazodon, venlafaksin, minalcipram in zlasti tianeptin, so relativno varna zdravila z majhnim številom stranskih učinkov. Varni so tudi v primeru predoziranja. Imajo predvsem kardiovaskularne in gastrointestinalne stranske učinke, ki pa niso izrazitejše narave.

RIMA, od katerih je najbolj znan moklobemid, so kljub močnim antidepresivnim učinkom varni in imajo malo stranskih učinkov.<sup>(2,4)</sup> Moklobemid je tako varen, da z njim ni prišlo niti do enega uspešnega samomora. V samomorilne namene so ga zaužili v odmerkih od 1500 mg do 20 550 mg. Po zaužitju visokih doz moklobemida so bolniki okrevali v 1–7 dnevih brez posledic. Samomor je bil uspešen, ko so zdravilo vzeli v visokih odmerkih skupaj z nekaterimi HCA in SSRI. Varno se uporablja v kombinacijah z benzodiazepini, litijem in neuroleptiki. Brez večjih problemov je uporabljen v kombinacijah z imipraminom in klomipraminom. Tudi v kombinacijah s fluoksetinom in drugimi SSRI<sup>(2)</sup> praviloma ni prišlo do razvoja serotoninškega sindroma in je bil uspešen v 70% primerov rezistentnih depresij. Bolniki, ki uporabljajo moklobemid, ne potrebujejo posebnega dietnega režima.

**TERAPEVTSKE INDIKACIJE** – Moklobemid /Aurorix/ se uporablja v zdravljenju vseh vrst depresij, od blagih do zelo hudih /psihotičnih/ oblik. Učinkovit je v zdravljenju depresivnih faz bipolarnih motenj, socialne fobije, paničnih motenj, anksioznih stanj ter potencialno v zdravljenju bulimije, kronične bolečine, potravmatskega stresnega sindroma in obsesivno kompulzivne motnje.

**UPORABA MOKLOBEMIDA V VIŠJIH ODMERKIH** – Moklobemid je zelo varen in učinkovit antidepresiv. Nima pomembnejših učinkov na kognitivno funkcioniranje. Kardiovaskularno je neproblematičen in je praktično brez antiholinergičnih stranskih učinkov. Razpolovni čas moklobemida je okrog 1–2 uri, toda že po 2 urah po zaužitju se aktivnost moklobemida znižuje. Že na začetku tega desetletja so se spraševali o korektnosti maksimalnega odmerka tega zdravila, ki je bila takrat v višini 450 mg dnevno. Dokazano je, da so višji odmerki od maksimalno predpisanih, učinkovitejši.

Ker je moklobemid

- izredno varen pri predoziranju,
- brez pomembnejšega vpliva na kognitivno funkcioniranje,
- le delni blokator encima MAO-A
- zdravilo z relativno blagimi stranskimi učinki,
- zdravilo katerega učinek je praviloma odvisen od višine odmerka,

je prav presenetljivo, da se je relativno redko uporabljal v odmerkih, ki so višji od priporočenih. Na razpolago je malo uporabnih podatkov o višjih odmerkih moklobemida. V primeru rezistentnih depresij je bil uspešen v odmerkih, ki so precej višji od predpisanih in sicer do 900 mg dnevno. Omenjeni odmerek so pogosto kombinirali s SSRI in HCA, ne da bi pri tem prišlo do pomembnejših stranskih učinkov /predvsem serotoninškega sindroma/.

Pri anksioznih motnjah, ki so spremljane s paničnimi napadi, je jasno dokazana večja učinkovitost moklobemida pri višjih odmerkih.<sup>(4)</sup> Ti so bili višji od maksimalno predpisanega nivoja 600 mg dnevno. Višje odmerke so uporabljali zlasti v zdravljenju socialnih fobij.

**MOKLOBEMID V ZDRAVLJENJU SOCIALNIH FOBIJ** – Socialna fobija je splošna bolezen, ki je bila še pred kratkim podcenjena. Ima jasno prepoznavno klinično sliko in resne posledice za bolnika in skupnost. Praviloma se komplicira z drugimi boleznimi – veliko depresijo, paničnimi napadi, agorafobijo, anksioznostjo, odvisnostjo od alkohola oziroma drog.<sup>(5,6)</sup> Zdravljenje je zahtevno, dolgotrajno in pogosto neuspešno. Prevalenca socialne fobije je bila do nedavnega precej podcenjena, ker se prizadeti praviloma izogibajo iskanju pomoči, zaradi strahu pred socialnimi kontakti. Življenjska prevalenca socialne fobije je med 9.6 in 16%. V zdravljenju socialne fobije uporabljamo psihofarmacevtske in psihoterapevtske metode. Od psihoterapevtskih metod je najuspešnejša vedenjska terapija. Od psihofarmakov uporabljamo

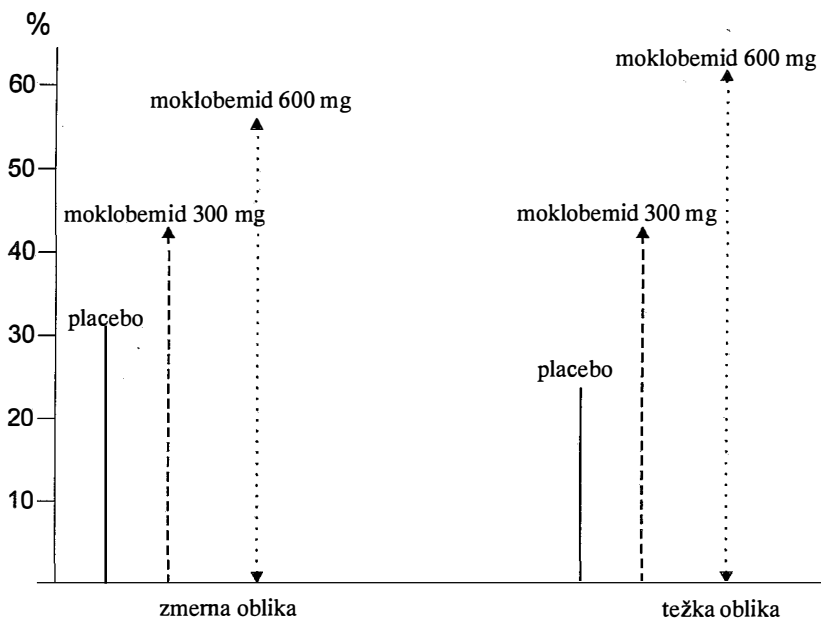
- RIMA – moklobemid
- benzodiazepine – klonazepam, alprazolam
- SSRI – fluoksetin, fluvoksamin
- $\beta$  blokatorje – propranolol, atenolol
- HCA

V ozadju socialne fobije so spremembe v 5-HT, DA in NA neurotransmitterskih sistemih. Pomembni vpliv imajo genetski faktorji. Zaradi učinkovitosti in varnosti je uporaba moklobemida v zdravljenju socialne fobije najbolj priporočljiva.

V nekaj raziskavah, trajajočih od 4 tedne do 4 let, so dokazali, da je moklobemid učinkovit pri približno 60% bolnikov. Moklobemid je uporabljen v odmerkih od 300 mg do 900 mg. Z višanjem doze je bil njegov učinek boljši. Tako je bil v eni izmed študij moklobemid odmerjan od 75 mg do 900 mg. Najboljši učinek so ugotovili pri bolnikih, ki so dobivali 900 mg moklobemida. V drugi študiji, trajajoči 4 leta, so moklobemid aplicirali v povprečnem odmerku 723.3 mg dnevno. Po 2 letih je bil moklobemid učinkovit pri 59.2% bolnikov in na koncu četrtega. leta pri 45.5% bolnikov. Socialna fobija je dolgotrajna bolezen, pri kateri je potrebno vsaj enoletno zdravljenje. Če prenehamo z zdravljenjem pred enim letom, praviloma pride do ponovitve bolezni v 2 – 4 mesecih po prekinitvi zdravljenja. Moklobemid je učinkovitejši pri bolnikih s težko obliko socialne fobije. Od benzodiazepinov se v zdravljenju socialne fobije uporabljajo klonazepam in alprazolam. Od teh zdravil je klonazepam nekoliko učinkovitejši, toda oba sta precej manj učinkovita kot moklobemid.

SSRI so v zdravljenju socialnih fobij tudi lahko učinkoviti, zlasti fluoksetin in fluvoksamin.  $\beta$  blokatorji so neučinkoviti v zdravljenju te motnje, so pa koristni v akutni fazi bolezni, ker uspešno odstranjujejo tremor, palpitacije, tahikardijo in ostalo somatsko simptomatiko.

HCA so /razen morda klomipramina in imipramina/ neučinkoviti v obravnavi socialne fobije.



Učinkovitost zdravljenja z moklobemidom /300 in 600 mg/ v primerjavi s placebom pri bolnikih z zmerno in težko obliko socialne fobije, izražena v procentih

**ZAKLJUČEK** – Moklobemid /Aurorix/ je na razpolago za zdravljenje depresivnih motenj in nekaterih drugih težav nekaj več kot 10 let. Klinično je učinkovit, v predoziranju varen in ima malo stranskih učinkov. Kaže praviloma »odmerek – odgovor« učinek, kar pomeni, da je v višjih odmerkih učinkovitejši. Odmerki med 600 in 900 mg so pogosto učinkoviti in priporočljivi v obravnavi rezistentnih depresij, socialnih fobij in anksiozno paničnih motenj. Odmerki v višini do 900 mg so učinkoviti predvsem v zdravljenju socialnih fobij.

Avtor je uporabljal moklobemid do 900 mg dnevno od prve polovice 90. let, predvsem pri bolnikih z rezistentno depresijo. Ti so dobro prenašali te odmerke, ki so pogosto odpravili depresivno simptomatiko tudi takrat, ko ni bila uspešna nobena druga terapija.



## Literatura:

1. Kwan "Sau-Wan, Bergeron JM, Abell CW. Molecular properties of monoaminooxidases A and B. *Psychopharmacology* 1992; 106: Suppl 1: S1 – S5.
2. Krishnan RRR: Monoaminooxidase inhibitors. In: Shatzberg AF, Nemeroff CB eds. *Textbook of Psychiatry*. Washington – London: American Psychiatric Press, 1995: 183 – 93.
3. Sitsen Ad JM, Montgomery SA: The Pharmacological Treatment of Depression and Its Problem. In: Boer den JA, Sitsen Ad JM eds. *Handbook of Depression and Anxiety*. New York – Basel – Hong Kong: Marcel Dekker Inc, 1994: 349–77.
4. Tiller WGJ, Bouwer C, Behnke K. Moclobemide for anxiety disorders: a focus on moclobemide for panic disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 1997; 12: Suppl 6: 27 – 30.
5. Montgomery S. Social phobia: the need for treatment. *International Clinical Psychopharmacology* 1997; 12: Suppl 6 : 3 – 9.
6. Hetzel W. Safety of moclobemide taken in overdose for attempted suicide. *Psychopharmacology* 1992; 106: Suppl 1: 127 – 29.

# SOCIALNA FOBIJA

Blanka Kores Plesničar\*

Bojan Zalar\*\*

Socialna fobija je ena izmed tistih psihiatričnih motenj, ki jih najpogosteje podcenjujemo, njihovega pomena za posameznika in skupnost pa ne prepoznamo dovolj dobro. Posameznik, ki trpi zaradi bremena socialnih stikov ali zaradi izjemnega strahu pred socialnimi stiki, le redko najde moč za direktno srečanje z zdravnikom in za izpoved svojih težav.

Socialna fobija je povezana s pomembno prizadetostjo posameznika, večinoma je dolgotrajna motnja, še pomembnejša pa je njena komorbidnost z drugimi psihiatričnimi motnjami (1,2).

## *Epidemiološki podatki*

Socialna fobija kot psihiatrična motnja se je prvič pričela pojavljati v literaturi v 60 –ih letih, čeprav prvi opisi te fobije segajo v leto 1846, ko je nemški psihiater Casper opisal eritrofobijo s komorbidno depresijo (3). V sedanjem času jo je Liebowitz opisal z izrazom »zanemarjena anksiozna motnja« (2).

Po sodobnih epidemioloških podatkih in uporabi najnovejših klasifikacijskih sistemov je življenjska prevalenca socialne fobije od 10% do 16%, čeprav se podatki medsebojno razlikujejo in ocenjujejo prevalenco od 0% pa do 22,6% (4). Različne ocene prevalence socialne fobije v epidemioloških študijah kažejo na osrednji diagnostični problem te motnje, saj diagnostični kriteriji še vedno niso ustrezno opredeljeni. Kot so s časom nastajali različni klasifikacijski sistemi, se je spreminjala tudi ocena pojavnosti te motnje. Agras je leta 1969 (5) ocenil prevalenco socialne fobije z 2%. Ko so vpeljali klasifikacijo DSM III R pa so prevalenco ocenili na 13,3% (3). Po nekaterih podatkih je socialna fobija druga najpogostejša duševna motnja v populaciji (6).

---

\* As.mag. Blanka Kores Plesničar, dr. med., Psihiatrična klinika, Studenec 48, Ljubljana-Polje.

\*\* Dr.Bojan Zalar, prof.psih., Psihiatrična klinika, Studenec 48, Ljubljana-Polje.

Socialna fobija je bolezen mladih, saj pogosto prične v adolescenci ali pa celo v otroštvu. Montgomery (7) navaja, da nastopi pred 20. letom starosti pri 95% prizadetih, v 40% pa celo pred desetim letom starosti. Podatki o razporejenosti med spoloma se v različnih študijah razlikujejo, od višjega odstotka pri ženskah (1,5:1) (8), pa do višjega odstotka moških, ki poiščejo pomoč ali uporabljajo kopirajoče strategije (7). Po MKB 10 je razporejenost med obema spoloma enaka (9). Socialna fobija ne razlikuje med kulturami, čeprav je njeno sprejemanje v posameznimih kulturah lahko različno oz. ima lahko različno kulturološko izraznost. Povsod pa prizadene posameznika v ekonomskem stanju in zmožnosti zaslužka. Moteni socialni odnosi pa so lahko vzrok za pogostejši samski stan.

### ***Značilnosti socialne fobije***

Velikokrat se zastavlja vprašanje, ali je socialna fobija sinonim za pretirano sramežljivost. Sramežljivost je pogosta osebnostna lastnost, redko opredeljena kot problem. Socialno fobijo je po nekaterih avtorjih možno opredeliti kot ekstremno sramežljivost oz. kot patološko sramežljivost (10), ki pa že predstavlja velik zdravstveni in osebnostni problem.

Sramežljivost kot osebnostna sled je pogosta že pri otrocih. Otroci v svojem razvoju pričnejo spoznavati, da je nekaj v zvezi z njimi vedno ocenjevano in presojava. Preko takega ocenjevanja pa spoznavajo, kako izgledajo v očeh drugih in kakšne socialne spretnosti pri tem potrebujejo. Nekateri tega razvoja s pozitivnimi spoznanji in kopirajočimi mehanizmi ne zmorejo; pri njih se razvije visoka stopnja sramežljivosti ali pa celo socialna fobija (10).

**Socialna fobija, kot jo opredeljujeta MKB 10 (9) in DSM IV (11), je motnja, ki pogosto prične v adolescenci in za katero je značilen pretiran strah, da osebo ocenjujejo in presojava v različnih socialni situacijah ter strah, da se bodo osramotili ali bili ponižani, zato se takim situacijam izogibajo.**

V ogrožujočih situacijah so lahko prisotni psihovegetativni znaki, kot je zardevanje, tremor rok, siljenje na bruhanje ali potreba po pogostem uriniranju. Nekateri bolniki so prepričani, da so ti sekundarni znaki anksioznosti primaren problem, simptomi pa lahko vodijo tudi v panične napade. Izogibanje socialnim situacijam je izrazito in lahko povzroča

popolno socialno izolacijo prizadetega. Obe klasifikaciji kot diagnostični kriterij uporabljata vedenjske spremembe, zahtevata pa prisotnost iracionalnega in trajnega strahu (9,11).

Diagnostična načela po MKB 10 so:

- za diagnozo morajo biti izpolnjeni vsi kriteriji,
- psihološki, vedenjski ali avtonomni simptomi morajo biti primarna manifestacija anksioznosti in ne sekundarni na druge simptome, kot so blodnje ali depresivne misli,
- strah mora biti omejen ali najbolj izražen v določenih socialnih situacijah,
- vedno, kadar je to možno, je prisotno izogibanje fobičnim situacijam.

V DSM IV je poseben diagnostičen kriterij (kriterij E), ki zahteva prisotnost pomembnega prepletanja s socialnimi aktivnostmi. MKB 10 pa opozarja zoper uporabo te prizadetosti kot diagnostičnega kriterija zaradi odvisnosti od socialnega okolja, ki je lahko pod kulturološkim vplivom in različen glede na socialne situacije.

Glavna značilnost socialne fobije je prekomeren strah osebe, da jo bodo drugi negativno ocenili v različnih socialnih situacijah. Te situacije so lahko generalizirane, kjer strah zajema praktično vse socialne stike in situacije, pogosto tudi znotraj družine, ali pa so negeneralizirane, kjer je strah omejen na specifične situacije. Osebe z generalizirano socialno fobijo se razlikujejo od tistih z diskretno socialno fobijo, saj bolj trpijo zaradi funkcionalne nezmožnosti, pogosteje imajo komorbidne psihiatrične motnje, njihovi družinski člani pa socialno fobijo (12,13,14).

Za ljudi, ki trpijo zaradi socialne fobije, so lahko provokativne številne vsakodnevne situacije, kot npr. uživanje hrane v javnosti, doma ali pri znanih osebah, uporaba telefona, govorjenje v javnosti, predstavljanje, sprejemanje obiskov, nastopanje pred drugimi, srečavanje ljudi z avtoriteto. Vsaka od teh je situacija izražanja ali predstavljanja sebe pred opazovalcem ali opazovalci, za katere ljudje s socialno fobijo menijo, da so hudi kritiki, ne pa nevtralni opazovalci. Strah pred osramotitvijo vodi v izogibanje socialnim situacijam oz. v hud emocionalni stres.

Socialna fobija predstavlja za posameznika veliko breme. Je invalidizirajoča motnja, podobno kot panične motnje ali depresija, saj

pomembno okvari njegovo kvaliteto življenja in povzročča dolgotrajne posledice. Izobrazbena stopnja teh oseb je pogosto nižja, ker ne zmorejo šolskih situacij, kasneje pa se težje zaposlijo. Z omejenim potencialom za zaposlitev so povezane tudi mnoge ekonomske težave.

### ***Nevrobiologija socialne fobije***

Raziskovanje nevrobiologije socialne fobije je še vedno v začetku, vendar pa sicer redke študije že nakazujejo, da je socialna fobija neodvisna motnja, ki se razlikuje od drugih anksioznih motenj (15). Raziskovalci niso opazovali nobenih hormonskih sprememb ali motenj v različnih hormonskih oseh. Farmakološki model nakazuje, da so morda zajeti dopaminski, serotoninski in noradrenergični sistem, vendar brez znanega mehanizma (15). Nekatere študije so nakazovale možne nenormalnosti v postsinaptičnem sistemu oz. v sistemu sekundarnih prenašalcev. Biologija socialne fobije zahteva v prihodnosti še dodatne študije in raziskave.

### ***Diferencialna diagnoza***

Težave pri diagnosticiranju socialne fobije pogosto predstavljajo sekundarni simptomi anksioznosti, ki jih bolniki izražajo kot primarni problem. Zmedo predstavljajo tudi komorbidne motnje oz. ločitev socialne fobije od drugih psihiatričnih motenj. Zaradi tega je že v začetku nujno potrebna natančna anamneza in diagnostična ocena. V ocenjevanju simptomatike se najpogosteje uporabljata Liebowitz-eva lestvica simptomov socialne fobije in Sheenanova lestvica prizadetosti. V postopku diagnosticiranja mora biti pozornost usmerjena v pojasnjevanje situacij, v katerih nastopijo anksiozni simptomi in v razlikovanje med generalizirano ali specifično socialno fobijo. Socialna fobija se diagnosticira le, če so simptomi in neugodje izraženi do take mere, da ekstremno ogrožajo bolnikovo psihosocialno stabilnost.

- Depresija lahko pri posamezniku povzroči socialen umik, izogibanje socialnim situacijam, vendar zaradi primarnih depresivnih simptomov, ne pa zaradi strahu pred osramotitvijo in ocenjevanjem.
- Agorafobija z ali brez panične motnje je drugi problem v diferencialni diagnostiki. Agorafobijo označuje strah pred paničnim napadom ali izgubo kontrole v socialnih situacijah, iz katerih oseba

ne more pobegniti, ne označuje pa jo socialni strah in strah pred osramotitvijo.

- Izogibajoča osebnostna motnja in socialna fobija se prekrivata v diagnostičnih kriterijih. Nekateri smatrajo, da se celo popolnoma prekrivata (10,16). Millon in Martinez pa natančno opredelita razliko, saj je pri izogibajoči osebnostni motnji osnovni problem v odnosih do oseb, pri socialni fobiji pa do situacij (17). Judd (18) pa meni, da verjetno obe stanji predstavljata kontinuum znotraj socialne fobije.
- Izjemna sramežljivost pogosto zmede klinično ocenjevanje. Vse pretirano sramežljive ljudi bi lahko ocenili, da trpijo zaradi socialne fobije ali pa vsaj subsindromalne socialne fobije, kar pa v tem primeru pomeni »psihiatrizacijo« in pretirano oceno. Sramežljivost je pogosto generalizirana in manj usmerjena v specifične situacije.

### ***Socialna fobija in komorbidnost***

Socialna fobija je pogosto združena z drugimi psihiatričnimi motnjami, odstotki o komorbidnosti in povezanosti z njimi pa se v različnih študijah razlikujejo.

Magee (13) navaja v študiji National Comorbidity Survey, ki je zajela 8000 oseb, da je samo 19% čistih socialnih fobij. Schneier (8) pa v svoji epidemiološki študiji, ki je zajela okoli 18000 oseb ugotavlja, da samo 29% oseb s socialno fobijo nima drugih psihiatričnih motenj.

***Najpogostejše komorbidne motnje so:***

***Anksiozne motnje*** – okoli 56,9% oseb z diagnozo socialne fobije je v Mageejevi študiji imelo vsaj eno izmed anksioznih motenj, predvsem agorafobijo (19). Močno povezavo z agorafobijo ugotavljajo tudi drugi avtorji (20).

***Afektivne motnje*** – visoka stopnja življenjske komorbidnosti z depresijo je prisotna v vseh epidemioloških študijah (3). Magee (19) ugotavlja, da ima 41,4% oseb s socialno fobijo anamnezo vsaj ene afektivne motnje. Podoben odstotek navaja tudi Lépine (3). Socialna fobija je primarna pri okoli 70% oseb s komorbidno depresijo, obe motnji se v istem letu pojavita pri okoli 15% oseb (3,20,21). Komorbidnost z depresijo je povezana z večjo globino in resnostjo depresivne motnje.

- Izjemno pomembna je tudi **samomorilnost**. Lépine in Lellouch (22) navajata, da je v populacijskem vzorcu oseb s socialno fobijo 21,9% oseb navajalo željo po smrti, 33,5% jih je imelo anamnezo samomorilnih misli, 18,6% pa samomorilne poskuse. Schneier (8) navaja, da je pri tistih z enostavno socialno fobijo bilo 0,9% samomorilnih poskusov v primerjavi z 15,7% pri komorbidnih motnjah. To pomeni, da komorbidna socialna fobija predstavlja za posameznika izjemen stres in je eno izmed stanj, ki ima lahko resne posledice. Komorbidnost z depresivno motnjo deloma razlaga povišano stopnjo samomorilnih tendenc, ni pa zanjo edini vzrok. Davidson (21) dokazuje močno povezanost med monosimptomatsko socialno fobijo in samomorilnimi poskusi (12,1%).
- **Zloraba substanc** je v povezavi s socialno fobijo že dolgo znana. Podatki iz epidemioloških in kliničnih študij pa se medsebojno razlikujejo (3). Epidemiološke študije navajajo nižje odstotke povezanosti. Merinkangas in Angst (23) sta po analizi 8 kliničnih študij poročala, da okoli 15% od alkohola odvisnih bolnikov izpolnjuje kriterije za socialno fobijo. Podobne rezultate je navajal tudi Servant (24) in jih je primerjal z 8,5% tistih od alkohola odvisnih, ki imajo generalizirano anksiozno motnjo in s 4,6% odvisnih od alkohola s panično motnjo in agorafobijo. Van Ameringen (25) je poročal, da pri 75% primerov sledijo nastopu socialne fobije težave z alkoholom in različnimi substancami.
- Motnje hranjenja in njihova povezanost s socialnimi fobijami ni dobro proučena. Lépine in Pélissolo (3) navjata, da socialna fobija nastopi pred motnjami hranjenja v 90% komorbidnih primerov z bulimijo in v 64% z anoreksijo.

### ***Psihoterapevtsko zdravljenje socialne fobije***

V zdravljenju socialne fobije lahko uporabljamo medikamentozno ali psihoterapevtsko zdravljenje ali kombinacijo obeh po predhodni oceni obsega prizadetosti in prisotnosti komorbidnosti drugih psihičnih motenj. Medikamentozna terapija lahko regulira nekatere nevrobiološke procese s vplivanjem na anksioznost, kar pa obratno vpliva na uporabo pozitivnih izkušenj v drugih situacijah. Še posebej je medikamentozna terapija indicirana pri komorbidnih motnjah, psihoterapevtski načini zdravljenja

pa običajno sledijo v kasnejših fazah zdravljenja socialne fobije. Socialna fobija je kronična motnja, zato je farmakoterapija dolgotrajna, tudi če je bila uspešna v akutnih situacijah. Trajanje medikamentoznega zdravljenja je odvisno od posameznika, prav tako tudi trajanje psihoterapevtskih intervencij. V psihoterapevtskih intervencijah, kot so trening socialnih spretnosti, terapija s preplavljanjem in kognitivna terapija ali kognitivno-vedenjska terapija, je pomoč običajno kratkotrajna, vendar še kako pomembna v lajšanju vsakodnevnih težav bolnikov s socialno fobijo.

### ***Pomen prepoznavanja socialne fobije***

Socialna fobija ima lahko pomembno življenjsko komorbidnost. Judd (18) navaja komorbidnost z enostavno fobijo v 59%, agorafobijo 45%, depresijo 17%, distimijo 12%, odvisnostjo od alkohola 19% in od zdravil 13%. Zato je potrebno socialno fobijo upoštevati v vsakem psihiatričnem intervjuju. Zdravljenje se lahko prične le takrat, ko so psihični simptomi pravilno in simptomatološko opredeljeni. Z multifaktorsko naravo teh motenj je možna bolj elastična uporaba terapevtskih pristopov, ki je odvisna od resnosti motnje, komorbidnosti, ekonomskega stanja, bolnikovih zahtev. Kljub temu pa je lahko končni rezultat kronična motnja.

Zdravljenje je pomembno zaradi socialne fobije same in zaradi komorbidnih motenj med samimi anksioznimi in drugimi psihiatričnimi motnjami. Socialna fobija in panične motnje so najresnejše anksiozne motnje. Enotnih kriterijev za socialno fobijo še vedno ni, kar znotraj posameznih patoloških stanj velikokrat vodi do dezorientacije, s tem pa do napačnih ocen prevalence in izbire terapevtskih strategij. Dober psihiatričen intervju je pogosto prva stopnica v terapevtskem postopku socialne fobije same, pa tudi v zdravljenju še kako pomembnih komorbidnih motenj.



# Literatura

1. Reich J, Goldenberg I, Vasile R, Goisman R, Keller M. A prospective, follow-along study of the course of social phobia. *Psychiatry Res* 1994;54:249-58.
2. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF: Social phobia. Review of an anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:729-36.
3. Lépine JP, Pélassolo A. Comorbidity and social phobia: clinical and epidemiological issues. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11(Suppl 3):35-41.
4. López-Ibor JJ, Ayuso Gutierrez JL. Social phobia: a debilitating disease that needs treatment. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(Suppl 6):11-6.
5. Agras SW, Silvester D, Oliveau D. The epidemiology of common fears and phobias. *Compr Psychiatry* 1969;439-47.
6. Tyrer P. Diagnostic anomalies in social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11(Suppl 3):29-33.
7. Montgomery SA. Pocket reference to social phobia by the WPA social phobia task force. London: Science Press, 1995.
8. Schneier FR, Johnson J, Hornih CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:282-88.
9. World Psychiatric Association. International Classification and Diagnosis - 10. Geneva: World Health Organization, 1993.
10. Stein MB. Phenomenology and epidemiology of social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(Suppl 6):23-6.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Fourth Edition). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
12. Heimberg RG, Holt CS, Schneier FR, Liebowitz MR. The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *J Anxiety Disord* 1993;7:249-69.
13. Manuzza S, Schneier FR, Chapman FT et al. Generalized social phobia: reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:230-7.
14. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R et al. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry* 1994;55:322-31.
15. Potts NLS, Book S, Davidson JRT. The neurobiology of social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11(Suppl 3):43-48.
16. Holt CS, Heimberg RG, Hope DA. Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *J Abnorm Psychol* 1992;101.318-25.
17. Millon T, Martinez A. Avoidant personality disorder. In *The DSM IV Personality Disorders*. Livesley WJ (ed). New York: Guilford Press, 1995.
18. Judd LL. Social phobia: a clinical overview. *J Clin Psychiatry* 1994;55(Suppl 6):5-9.
19. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:159-68.
20. Lecrubier Y, Weiller E. Comorbidities in social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(Suppl 6):17-21.

21. Davidson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993;23:709-18.
22. Lépine JP, Lellouch J. Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clin Neuropharmacol* 1995;18(Suppl 2):15-26.
23. Merikangas KR, Angst J. Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic and genetic studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;244:297-303.
24. Servant D, Navarre C, Bailly D, Parquet PJ. Alcoolisme et troubles anxieux. Étude de la comorbidité dans une population d'alcooliques hospitalisés pour saavage. *Alcoolologie* 1990;2:62-8.
25. Van Ameringen M, Mancini C, Styan G, Donison D. Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *J Affect Dis* 1991;21:93-9.

## **ZA SPECIALISTA IN SPLOŠNEGA ZDRAVNIKA**

### **Aurorix - najpogostejša vprašanja in odgovori**

#### **Kakšna je najprimernejša shema za odmerjanje Aurorixa?**

Standardni odmerek Aurorixa je 450 mg – 2 tableti zjutraj in 1 popoldne. Aurorix ima ugoden vpliv na psihofizične sposobnosti, deluje vzpodbujajoče in je brez sedativnega učinka, kar je ugodno predvsem za začetek dneva.

#### **Ali lahko Aurorix kljub kratkemu razpolovnemu času predpisujemo po dozirni shemi b.i.d. (2x dnevno)?**

Razpolovni čas moklobemida (Aurorix) je 1–2 uri, kar se nanaša na plazemske koncentracije učinkovine, encim MAO-A v centralnem živčevju, ki ga moklobemid reverzibilno inhibira, pa ostane inhibiran 12 do 16 ur. Inhibicija encima MAO-A je bistvena za klinični učinek zdravila, zato lahko Aurorix odmerjamo 2x dnevno.

#### **Ali je potrebno odmerek Aurorixa titrirati?**

Zdravljenje lahko začnemo s standardnim odmerkom 450 mg. Če po nekaj tednih ni odgovora, lahko odmerek povišamo na 600 mg, oziroma v posameznih primerih znižamo.

#### **V kolikšnem času lahko pričakujemo prvi terapevtski učinek Aurorixa?**

Pri nekaterih bolnikih opazimo izboljšanje že po 10–14 dneh, velikokrat pa je potrebno na učinek zdravila počakati nekaj tednov.

Če po 4 tednih terapije ni zelenega učinka, odmerek zdravila zvišamo.

#### **Katere so prednosti Aurorixa pri dolgotrajni terapiji?**

Aurorix je učinkovit in bolniki ga dobro prenašajo, kar je pri dolgotrajni terapiji bistvenega pomena.

#### **Ali je Aurorix priporočljiv za aktivnega bolnika?**

Aurorix je edini antidepresiv za katerega je dokazano, da tudi v uvajalnem obdobju nima vpliva na reakcijski čas, zato je posebej primeren za aktivnega bolnika (šoferji...).

### **Ali Aurorix vpliva na seksualno aktivnost bolnika?**

Študije so pokazale, da Aurorix nima nobenega vpliva na seksualne funkcije (libido, erekcija, ejakulacija). Kadar je seksualna disfunkcija posledica depresije, se ob zdravljenju z Aurorixom znatno izboljša.

### **Kako razložimo vpliv Aurorixa na spanje in kako se izogniti nespečnosti?**

Študije so pokazale, da Aurorix izboljša kvaliteto spanja, vendar imajo nekateri bolniki težave z uspavanjem (zvečer težko zaspijo). V teh primerih bolnika opozorimo, da popoldanski odmerek Aurorixa vzamejo čim bolj zgodaj.

### **Ali lahko Aurorix varno uporabljamo pri bolnikih s kardiovaskularnimi obolenji?**

Aurorix ni kardiotoksičen in nima klinično pomembnih interakcij z zdravili, ki se običajno uporabljajo pri kardiovaskularnih obolenjih (ACE inhibitorji, *b* blokatorji, Ca antagonisti, digitalis...), zato ga lahko varno uporabljamo.

### **Ali je potrebno pri posebnih skupinah bolnikov odmerke Aurorixa posebej prilagajati?**

- *starostniki*: odmerka NI potrebno prilagajati
- *bolniki z motnjami v delovanju ledvic*: odmerka NI potrebno prilagajati
- *bolniki z motnjami v delovanju jeter*: odmerek znižamo na 1/2 do 1/3 standardnega odmerka, odvisno od prizadetosti jeter

### **Ali lahko Aurorix kombiniramo z drugimi psihotropnimi zdravili?**

Aurorix lahko varno kombiniramo z benzodiazepini, nevroleptiki, antiepileptiki (previdnost je potrebna pri terapiji z karbamazepinom).

### **Ali Aurorix potencira delovanje alkohola?**

Dokazano je, da Aurorix nima klinično pomembnih interakcij z alkoholom oz. ne potencira njegovega delovanja (ni sprememb v orientaciji, sposobnosti koncentracije, reakcijskem času, psihomotoričnih sposobnostih). Vse študije se nanašajo na zmerno pitje (koncentracije alkohola v krvi do 0,5 promila).

### **S katerimi zdravili Aurorixa ne smemo kombinirati?**

Aurorixa ne dajemo sočasno z selegelinom, klomipraminom, petidinom, dekstrametorfanom.

## **Katere so prednosti Aurorixa pred antidepresivi tipa S.S.R.I?**

Aurorix se od antidepresivov tipa S.S.R.I. razlikuje v:

- hitrejšem nastopu delovanja,
- ugodnejšem profilu stranskih učinkov,
- možnosti prilagajanja odmerkov,
- kratkem razpolovnem času (se hitro izloča iz organizma, zato ne potrebuje izpiralnega obdobja),
- boljšem profilu interakcij z drugimi zdravili.

## **Kdaj se odločimo za zamenjavo antidepresiva?**

Če po 4 tednih terapije ne opazimo izboljšanja, odmerek antidepresiva zvišamo. Če bolnik zdravilo dobro prenaša, lahko odmerek po potrebi postopoma zvišujemo, dokler ne dosežemo želenega odgovora oziroma maksimalnega dovoljenega odmerka.

## **Kako dolgo naj traja terapija z Aurorixom?**

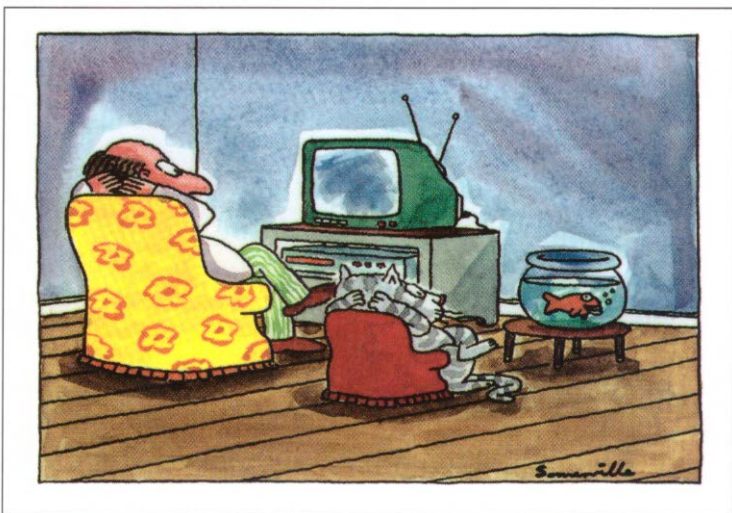
Večina strokovnjakov se strinja, da je za uspešno ozdravitev bolezni potrebna vsaj 6 mesečna terapija z antidepresivi, pogosto, zlasti pri starejših bolnikih, pa zdravljenje traja leto ali več.

moklobemid

# AURORIX®

POVRNE NASMEH

RIMA ANTIDEPRESIV



- zelo malo stranskih učinkov
- zanestljivo ne vpliva na reakcijske sposobnosti
- brez omejitev pri starejših
- kompatibilnost z drugimi zdravili in alkoholom
- varen pri prekomernem odmerjanju

**Sestava:** Moklobemid.

**Indikacije:** Zdravljenje depresivnih sindromov in socialne fobije.

**Odmerjanje:** Priporočeni odmerek je 300-600 mg dnevno.

Bolnikom s hudim odpovedovanjem jetne presnove dajemo polovico ali tretjino običajnega dnevnega odmerka.

**Kontraindikacije:** Znana preobčutljivost za zdravilo. Akutna konfuzna stanja. Uporaba v pediatriji, ker pri otrocih z zdravilom ni kliničnih izkušenj. Sočasna uporaba moklobemida in selegilina.

**Previdnost:** Če sta prevladujoči značilnosti depresije razburjenost in vznemirjenost, Aurorixa ne dajemo ali pa ga dajemo v kombinaciji s sedativom (npr. benzodiazepinom). Bolnike s samomorilnimi nagnjenji moramo skrbno nadzorovati. Previdnost je potrebna pri bolnikih s shizofreničnimi simptomi ali shizoafektivnimi motnjami; s tireotoksikozo ali feokromocitomom. Vsem bolnikom z zvišanim krvnim tlakom svetujemo, naj ne jedo v večjih količinah hrane z visoko vsebnostjo tiramina. Izogibati se moramo kombinaciji moklobemida in klomipramina ali deksmetorofana. Pri nosečnicah in doječih materah moramo presoditi o koristnosti zdravljenja za mater glede na možno tveganje za plod oz. otroka.

**Interakcije:** Pri živalih moklobemid poveča učinke opiatov. Kombiniranega zdravljenja s petidinom ne priporočamo. Cimetidin podaljša presnavljanje moklobemida.

**Predoziranje:** Kot pri drugih antidepresivih je lahko mešano predoziranje z moklobemidom tudi življenjsko nevarno.

**Oprema:** 30 tablet (z zarezo) po 150 mg.

Popolna navodila so na voljo pri zastopniku.

Proizvajala:  
F. Hoffmann-La Roche Ltd  
Basel, Švica



Zastopa:  
Hoffmann-La Roche Ltd  
Podružnica Ljubljana  
Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana