



## BÖLÜM 27

# Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nun Farmakolojik Tedavisi

Arda Kazım DEMİRKAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), kişinin, başkalarınınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması, olumsuz olarak değerlendirilecek biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkması ve bu kaygı halinin söz konusu toplumsal durumlarda neredeyse her zaman ortaya çıkması olarak tanımlanır (1). Birey, mahcubiyet veya aşağılanmanın ortaya çıkacağından endişe duyar ve bu nedenle bu tür durumlardan kaçınır veya yoğun bir kaygıyla bunlara katlanır.

SAB, 12 aylık bir süre boyunca yetişkin Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun yüzde 4 ila 10'unu etkilediği tahmin edilen yaygın bir durumdur (2). Türkiye'de yapılan bir araştırmada ise SAB insidansı kadınlarda %2,3, erkeklerde %1,1 olarak bildirilmiştir (3). SAD tipik olarak çocuklukta veya ergenlikte başlar ve tedavi edilmezse, daha sonra majör depresyon, madde kötüye kullanımını ve diğer zihinsel sağlık sorunlarının gelişimi, işlevsellikte bozulma ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilir (2).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının Dördüncü Baskısından (DSM-IV) DSM-5'e geçişte, genelleştirilmiş ve yaygın olmayan sosyal anksiyete bozukluğunun (SAB) alt türlerinin yerini "SAB" ve "SAB-yalnızca performans sırasında" almıştır (4).

SAB'nin tedavisinde hastanın kişisel özellikleri, psikiyatrik ek tanılar, sunulabilecek tedavi imkanları veya hastanın tercihi gibi etkenler dikkate alınarak, farmakoterapi veya psikoterapi tek başına veya kombine şekilde kullanılabilir. Yapılan birçok çalışmada bu iki yaklaşımın birbirine belirgin bir üstünlüğü olmadığı belirtilmiştir (5-7). Kitabın bu bölümde hastalığın tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar SAB ve "SAB-yalnızca performans sırasında" alt tipi için ayrı ayrı ele alınacaktır.

### SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE MONOTERAPİ

SAB'ı tedavi etmek için seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) ve benzodiazepinler dahil olmak üzere çeşitli ilaç sınıfları kullanılır.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Liv Hospital Samsun, Psikiyatri Kliniği, ardakazimdemirkan@gmail.com

## SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE GÜÇLENDİRME TEDAVİSİ

SAB olan önemli sayıda hasta, monoterapiye yalnızca kısmen yanıt verir (8), bu durum SAB tedavisinde SSRI ve SNRI'ların etkisini artıran ilaçlarla ilgili klinik denemelerin yapılmasına ihtiyaç duyulmasına yol açmıştır.

Buspiron; küçük ölçekli kontrolsüz bir çalışma, SSRI'lara kısmen yanıt veren hastaların buspiron ile güçlendirmeden fayda gördüğünü bulmuştur (29).

Klonazepam; randomize çalışmalar, bir SSRI'nın klonazepam ile güçlendirilmesini destekleyen bazı kanıtlar bulmuştur (30).

Pindolol; küçük bir randomize çalışma, paroksetini beta-bloker pindolol ile güçlendirmenin plasebo güçlendirmeye kıyasla bir faydasını göstermemiştir (31).

Monoamin oksidaz inhibitörleri; monoamin oksidaz inhibitörleri, serotonin sendromu riskinden dolayı diğer antidepresanlarla birlikte kullanılmamalıdır.

## SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU, “SADECE PERFORMANS SIRASINDA” ALT TİPİ TEDAVİSİ

Tedavi yalnızca performans sırasında ortaya çıkan SAB için “lüzum hali” reçete edilir. Birinci basamak ilaç tedavisi olarak benzodiazepinler veya beta blokerleri kullanmak uygundur. Performans durumlarından önce, kullanılması amaçlanan aynı dozda bir test dozunun uygulanması, ilacın etkilerini değerlendirmek için faydalı olabilir.

Benzodiazepinler, benzodiazepinler, yalnızca performansa yönelik SAD'yi tedavi etmek için “ihtiyaç halinde” de kullanılabilir. Klonazepam 0.25 ila 1 mg veya lorazepam 0.5 ila 2 mg performanstan 30 ila 60 dakika önce verilebilir. Tolerans ve fiziksel bağımlılık, ara sıra kullanımla ilgili değildir. Sedasyon, özellikle yüksek dozlarda benzodiazepinlerin bir yan etkisi olabilir. Bu nedenle,

hasta, ne kadar iyi tolere edildiğini belirlemek ve etkili olup olmadığını görmek için potansiyel olarak tetikleyici bir olaydan önce ilacı denemeye teşvik edilmelidir. Hastalar benzer durumlarla başa çıkmak için geçmişte alkol kullanmış olabilir ve alkolü benzodiazepinlerle birlikte kullanmalarını konusunda açıkça uyarılmalıdır.

Beta-adrenerjik blokerler, yalnızca performans sırasında ortaya çıkan SAB tedavisinde beta-blokerlerin (propranolol gibi) etkinliğine ilişkin klinik çalışmalardan elde edilen hiçbir kanıt yoktur (32). Beta-blokerler yine de performans kaygısının yönetimi için zaman zaman kullanılır; klinik deneyimler, yalnızca yarısının (veya daha azının) ihtiyaç duyulduğunda beta-blokerleri performans kaygısı için yararlı bulunduğunu göstermektedir. Beta-adrenerjik blokerler, taşikardi veya titreme gibi fizyolojik semptomların belirgin farkındalığına sahip hastalar için daha yararlı olabilir.

Propranolol, 10 veya 20 mg'lık bir başlangıç dozunda, kaygı uyandıran durumdan 30 ila 60 dakika önce ağızdan alınabilir. Hasta, ne kadar iyi tolere edildiğini belirlemek ve etkili olup olmadığını görmek için potansiyel olarak tetikleyici bir olaydan önce ilacı denemeye teşvik edilmelidir. Tolere edilir ancak yeterince etkili değilse, bir sonraki sefer dozu 10 veya 20 mg artırılabilir. Bazı hastalar 60 mg'lık bir doz gerektirebilir.

## KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı(DSM-5), Tanı Ölçütleri El Kitabından, çev.yay.yön Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
2. Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(1).
3. Kılıç C (1997) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek ZT (ed.) Ankara, Aydoğdu Ofset, T.C. Sağlık Bakanlığı.
4. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5<sup>TM</sup> (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

5. Blanco C, Heimberg RG, Schneier FR, Fresco DM, Chen H, Turk CL, et al. A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*. 2010 Mar;67(3):286–95.
6. Davidson JRT, Foa EB, Huppert JD, Keefe FJ, Franklin ME, Compton JS, et al. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of general psychiatry*. 2004 Oct;61(10):1005–13.
7. Blomhoff S, Haug TT, Hellström K, Holme I, Humble M, Madsbu HP, et al. Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2001 Jul;179:23–30.
8. Ravindran LN, Stein MB. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010 Jul;71(7):839–54.
9. Ipser JC, Kariuki CM, Stein DJ. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: a systematic review. *Expert review of neurotherapeutics*. 2008 Feb;8(2):235–57.
10. Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet (London, England)*. 2008 Mar;371(9618):1115–25.
11. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranouzouli I, Kew K, Clark DM, Ades AE, et al. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet Psychiatry*. 2014 Oct;1(5):368–76.
12. Liebowitz MR, Gelenberg AJ, Munjack D. Venlafaxine extended release vs placebo and paroxetine in social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(2):190–8.
13. Gelernter CS, Uhde TW, Cimboldi P, Arnkoff DB, Vittone BJ, Tancer ME, et al. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Archives of general psychiatry*. 1991 Oct;48(10):938–45.
14. Davidson JR, Potts N, Richichi E, Krishnan R, Ford SM, Smith R, et al. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of clinical psychopharmacology*. 1993 Dec;13(6):423–8.
15. Pande AC, Davidson JR, Jefferson JW, Janney CA, Katzelnick DJ, Weisler RH, et al. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. *Journal of clinical psychopharmacology*. 1999 Aug;19(4):341–8.
16. Pohl RB, Feltner DE, Fieve RR, Pande AC. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2005 Apr;25(2):151–8.
17. Lydiard RB, Rickels K, Herman B, Feltner DE. Comparative efficacy of pregabalin and benzodiazepines in treating the psychic and somatic symptoms of generalized anxiety disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology*. 2010 Mar;13(2):229–41.
18. Mula M, Pini S, Cassano GB. The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2007 Jun;27(3):263–72.
19. Schneier FR, Goetz D, Campeas R, Fallon B, Marshall R, Liebowitz MR. Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 1998 Jan;172:70–7.
20. Noyes RJ, Moroz G, Davidson JR, Liebowitz MR, Davidson A, Siegel J, et al. Moclobemide in social phobia: a controlled dose-response trial. *Journal of clinical psychopharmacology*. 1997 Aug;17(4):247–54.
21. Muehlbacher M, Nickel MK, Nickel C, et al. Mirtazapine treatment of social phobia in women: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25:580.
22. Liebowitz MR, Schneier F, Campeas R, Hollander E, Hatterer J, Fyer A, et al. Phenelzine vs atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Archives of general psychiatry*. 1992 Apr;49(4):290–300.
23. Turner SM, Beidel DC, Jacob RG. Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1994 Apr;62(2):350–8.
24. Vaishnavi S, Alamy S, Zhang W, Connor KM, Davidson JRT. Quetiapine as monotherapy for social anxiety disorder: a placebo-controlled study. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 2007 Oct;31(7):1464–9.
25. Barnett SD, Kramer ML, Casat CD, Connor KM, Davidson JRT. Efficacy of olanzapine in social anxiety disorder: a pilot study. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*. 2002 Dec;16(4):365–8.
26. van Vliet IM, den Boer JA, Westenberg HG, Pian KL. Clinical effects of buspirone in social phobia: a double-blind placebo-controlled study. *The Journal of clinical psychiatry [Internet]*. 1997;58(4):164–8. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/9164427>
27. Ravindran LN, Kim DS, Letamendi AM, Stein MB. A randomized controlled trial of atomoxetine in generalized social anxiety disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2009 Dec;29(6):561–4.
28. Adler LA, Liebowitz M, Kronenberger W, Qiao M, Rubin R, Hollandbeck M, et al. Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid social anxiety disorder. *Depression and anxiety*. 2009;26(3):212–21.
29. Van Ameringen M, Mancini C, Wilson C. Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in social phobia. *Journal of affective disorders*. 1996 Jul;39(2):115–21.
30. Pollack MH, Van Ameringen M, Simon NM, Worthington JW, Hoge EA, Keshaviah A, et al. A double-blind randomized controlled trial of augmentation and switch strategies for refractory social anxiety disorder. *The American journal of psychiatry*. 2014 Jan;171(1):44–53.
31. Stein MB, Sareen J, Hami S, Chao J. Pindolol potentiation of paroxetine for generalized social phobia: a double-blind, placebo-controlled, crossover study. *The American journal of psychiatry*. 2001 Oct;158(10):1725–7.
32. Steenen SA, van Wijk AJ, van der Heijden GJMG, van Westrhenen R, de Lange J, de Jongh A. Propranolol for the treatment of anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*. 2016 Feb;30(2):128–39.