

Názov:

**Sociálna fóbia - štandardné diagnostické
a terapeutické postupy**

Autor:

**MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Katarína
Kubašovská;**

Odbor:

Psychiatria

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Sociálna fóbia - štandardné diagnostické a terapeutické postupy

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0040	5. apríla 2018	schválené	1. apríl 2020

Autori štandardného postupu

MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; prof. MUDr. Ján Pečeňák CSc.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR, hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH (odborný garant)

Recenzenti (1. verzie):

Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netrová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH.

Technická a administratívna podpora:

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová, Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hruzíková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš

Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Mgr. Mária Syneková; PhDr. Katarína Gatialová; Mgr. Anton Moises; Ing. Katarína Krkošková.

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe“ (kód NFP312041J193) a NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe“ (kód NPF312041R239)

Kľúčové slová

sociálna fóbia, úzkosť, psychoterapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

EBM –	Evidence Based Medicine (medicína založená na dôkazoch)
GABA- gama-	Aminomaslová kyselina
KBT-	Kognitívne-behaviorálna psychoterapia
MKCH –	Medzinárodná klasifikácia chorôb
SSRI -	Selektívne inhibitory spätného vychytávania serotonínu

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (ďalej len „psychiater“) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche prvotný skrining a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iníciaľnej) fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník - sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Úvod

Sociálna fóbia sa prejavuje silným strachom a vyhýbaním sa sociálnym situáciám. Od bežnej trémy sa líši tým, že výrazne narušuje výkonnosť a sociálnu adaptáciu. Najčastejšie sa jedná o strach z vystupovania na verejnosti, písania, pitia alebo jedenia pred druhými. Typickým rysom sociálnej fóbie je anticipačná úzkosť, čiže strach z očakávania a rozvoj vyhýbavého správania sa. Človek trpiaci sociálnou fóbiou je presvedčený, že iní ľudia si ho nadmerne všímajú a hodnotia ho [1]. Opisuje sa subtyp sociálnej fóbie, ktorý súvisí len so strachom z prezentácie, ktorá je spojená s profesionálnou činnosťou, tento subtyp má lepšiu prognózu [2]. V americkej klasifikácii a v odbornej literatúre je porucha označovaná ako Social Anxiety Disorder s bežne užívanou skratkou SAD.

Prevenia

Prevenia tejto poruchy sa začína už výchovou v rodine, kedy by deti nemali byť vystavované zosmiešňovaniu, ponižovaniu, ale mali by byť vychovávané k zdravému sebedomiu. Už od útleho detstva je potrebné u detí rozvíjať sociálne zručnosti. V školách je dôležité zamerať sa proti šikane, ktorá môže byť tiež jednou z príčin rozvoja sociálnej fóbie.

Epidemiológia


Sociálnou fóbiou trpí každoročne odhadom okolo 3% populácie. Celoživotná prevalencia je okolo 13% [3]. Okolo 80 - 90 % populácie má niekedy v živote obdobie, že trpia nadmernou hanblivosťou a trémou. V klinickej praxi tvorí sociálna fóbia asi 30% všetkých fóbií [4]. Sociálna fóbia je pomerne málo diagnostikovaná, nakoľko sa ľudia mnohokrát hanbia vyhľadať odborníka kvôli tomuto problému. Najčastejšie sa objavuje v neskorom detstve alebo vo včasnej adolescencii.

Patofyziológia

V patofyziológii sociálnej fóbie sa predpokladajú biologické vplyvy, ale aj vplyvy výchovy a životných udalostí. Poukazuje na významnú mieru genetických faktorov, ktoré presahujú vplyv faktorov zdieľaného (rodinného) prostredia, no významným faktorom je nezdieľané prostredie (škola, sociálne situácie). Neurobiologické zmeny spočívajú v dysregulácii systémov zapojených do spracovania úzkosti spojených so sociálnymi stimulmi, s centrálnou rolou amygdaly. Odlišnosti sa zistili aj v aktivite bazálnych ganglií a autonómneho nervového systému [5].

Všeobecné etiologické koncepty pre úzkosť a úzkostlivosť založené na psychologických alebo psychosociálnych faktoroch platia aj pre sociálnu fóbiu. Psychosociálne príčiny môžu zahŕňať narušené rodinné vzťahy a traumatické udalosti v detstve, kognitívny model predpokladá distorzne spracovanie informácií, kognitívno – behaviorálny model zdôrazňuje proces učenia a rozvoj maladaptívnych postojov, psychoanalytický model vysvetľuje úzkosť ako reprezentáciu potlačených konfliktov. Tieto koncepty sú dôležitým základom pre psychoterapeutické intervencie.

Tabuľka č. 1

Klasifikácia	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SOCIÁLNA FÓBIA
A	
<p>Musí byť prítomný 1 z nasledujúcich príznakov :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacient má výrazný strach, aby nebol stredobodom pozornosti alebo aby sa nechoval trápny a ponižujúcim spôsobom. 2. Nápadne sa vyhýba situáciám, kedy by bol stredobodom pozornosti alebo kde by mal strach z trápneho a ponižujúceho konania. <p>Tieto strachy sa prejavujú v sociálnych situáciách ako je napr. jedlo alebo rozprávanie na verejnosti, stretávanie známych na verejnosti, alebo účasť v malých skupinách (napr. večierky, schôdze, trieda).</p>	
B	
<p>Od začiatku poruchy sa musia niekedy prejavovať aspoň dva príznaky úzkosti v obávanej situácii, ako sú definované pod F40.0 kritérium B* a to spoločne s aspoň jedným z nasledujúcich príznakov :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. červenanie alebo tras 2. strach zo zvracania 3. potreba alebo strach z močenia a defekácie 	
C	
<p>Závažná emočná úzkosť je vyvolaná príznakmi alebo vyhýbaním sa týmto príznakom a jedinec si je vedomý, že sú prehnané alebo nezmyselné.</p>	
D	
<p>Príznaky sa obmedzujú na obávané situácie alebo na ich očakávanie, alebo v týchto situáciách prevažujú.</p>	
E	
<p>Príznaky uvedené pod kritériami A a B nevyplývajú z bludov, halucinácií a z iných porúch ako napr. organické duševné poruchy, schizofrénia alebo príbuzné poruchy, poruchy nálady alebo obsedantne kompulzívna porucha a nie sú sekundárnym prejavom kultúrnych povier.</p>	

Klinický obraz

Podstatným rysom sociálnej fóbie je neprimeraný strach jedincov z toho, že budú negatívne hodnotení inými ľuďmi v sociálnych situáciách – napr. vystupovanie na verejnosti, pitie a jedenie na verejnosti, telefonovanie a pod.

Ľudia trpiaci sociálnou fóbiou majú výrazné pocity úzkosti v sociálnych situáciách ako napr. búšenie srdca, potenie, tras, zvýšené svalové napätie.

Časté sú pocity ťažoby na žalúdku, sucho v ústach, sčervenanie v tvári, pocity tepla či chladu, bolesti hlavy, pocity na zvracanie, nutkanie na močenie alebo stolicu.

Následne sa u týchto jedincov rozvíja vyhýbavé správanie sa, čo často vedie k strate sociálnych kontaktov a sociálnej izolácii. Sociálna fóbia môže mať negatívny dopad na vzdelávanie, prácu aj partnerské vzťahy.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika sociálnej fóbie:

Vychádza z psychiatrického vyšetrenia t. j. anamnézy, klinického obrazu, psychopatologického rozboru, diagnostických kritérií podľa MKCH 10. Doplnkovým vyšetrením je psychodiagnostické vyšetrenie, ktoré môže pomôcť pri diferenciálnej diagnostike oproti iným psychickým poruchám a k stanoveniu osobnostných črt, prípadne dg. vyhýbavej poruchy osobnosti, ktorá sa so sociálnou fóbiou značne pokrýva. Dôležité aj odlišenie atenuovaných paranoidných psychotických symptómov. V diagnostike a v posudzovaní závažnosti sa môžu využiť škály [7], využíva sa najmä Liebowitzova škála sociálnej úzkosti [8]. Pre rýchly skrining je odporúčaná krátka škála Mini-SPIN-R [9] [10]. Súčasťou základného vyšetrenia je vytvorenie hierarchie strachov a vyhýbavého konania.

Diferenciálna diagnostika

Úzkosť (*anxieta*) je vedúcim symptómom aj pre iné úzkostné poruchy, ktorých skupiny psychických a somatických (vegetatívnych) prejavov sa prekrývajú. Najdôležitejšie odlišnosti sú nasledovné:

- panická porucha – úzkosť má charakter panických záchvatov s rýchlym nástupom a silnou intenzitou,
- generalizovaná úzkostná porucha – sú dlhodobé (voľne plávajúca úzkosť), neviažu sa obvykle na objekt alebo situáciu,
- obsedantno kompulzívna porucha – úzkosť sa viaže na intruzívne (obsedantné) myšlienky, ktoré sú ego-dystónne (jedinec si uvedomuje ich „nezmyselnosť“),

depresívna porucha – v rámci depresie je častá strata záujmov a vyhýbanie sa spoločnosti a priateľom, čo však má súvis s depresívnou náladou a ďalšou depresívnou symptomatikou.

Úzkostná porucha osobnosti – je charakterizovaná úzkostlivosťou, symptómy nedosahujú takú závažnosť, aby mohla byť diagnostikovaná sociálna fóbia.

Vyhýbavá poruchy osobnosti - symptómy sú črtovou charakteristikou, nedosahujú takú intenzitu, aby mohla byť diagnostikovaná sociálna fóbia.

Paranoidný syndróm, vzťahovačnosť - najmä počiatočné štádiá schizofrénie, kedy sa často krát vyskytuje sociálne stiahnutie a strata interpersonálnych kontaktov [11]. Pri diferenciálnej diagnostike je nutné pátrať po ďalších príznakoch, ktoré už patria do okruhu psychotických (bludy, halucinácie, autizmus). Črtovou charakteristikou je vyhýbanie sa sociálnemu kontaktu pri paranoidnej poruche osobnosti.

Komorbidita

Sociálna fóbia má veľmi častú komorbiditu s inými úzkostnými poruchami, najviac so špecifickou fóbiou, agorafóbiou a generalizovanou úzkostnou poruchou [12].

Liečba

V liečbe sociálnej fóbie sú odporúčané nasledujúce kroky [10] [12]:

1. krok

Individuálna psychoterapia s využitím KBT v modele podľa Clarka a Wellsa alebo Heimberga [10] poskytovaná psychoterapeutom s certifikátom.

2. krok

Možnosť iného typu psychoterapie - pri nedostupnosti KBT alebo podľa preferencie pacienta je možné využiť aj podporné psychoterapeutické metódy, krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch, racionálne náhľadovú podpornú psychoterapiu, psychodynamicky orientovanú psychoterapiu, čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie), rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu rodinných príslušníkov.

Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí od individuálneho postoja pacienta k farmakoterapii a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii.

3. krok

Farmakologická liečba (podľa preferencie pacienta alebo pri nedostupnosti psychoterapie môže byť aj prvým krokom so zapojením psychoedukácie, podpornej psychoterapie a relaxačných metód).

4. krok

Pri závažných stavoch, komorbidite alebo nedostatočnom účinku predchádzajúcich postupov kombinácie psychoterapie a farmakologickej liečby a augmentačné postupy, prípadne hospitalizácia.

Psychoterapeutické intervencie

Pacienti so sociálnou fóbiou sú v spoločnosti druhých ľudí napätí, a tak majú tendenciu vyhýbať sa spoločnosti, čo má za následok to, že im chýbajú sociálne zručnosti. Preto opakovane v sociálnych situáciách zlyhávajú, a tým sa ich vyhýbanie a negatívne sebahodnotenie posilňuje. Najdôležitejším cieľom v liečbe sociálnej úzkosti je teda to, aby pacient zlepšil svoje sociálne zručnosti a dokázal ich uplatniť v praktických situáciách a zvýšil tak svoje sebavedomie.

Vychádzajúc z tohto modelu, **kognitívne behaviorálna terapia (KBT)** v liečbe sociálnych fóbií používa metódy edukácie o faktoroch vzniku a udržiavania sociálnej fóbie ako aj zmyslu jednotlivých liečebných metód. Pri edukácii postupujeme metódou podpornej psychoterapie vzhľadom na zvýšenú úzkostlivosť pacienta a tiež treba prihliadať na to, že pacient sa ťažko sústreďuje na zložitý výklad. Ďalej postupujeme nácvikom sociálnych zručností ako základnou metódou liečby sociálnych fóbií. Postupujeme od jednoduchších k zložitejším zručnostiam (napr. začatie konverzácie, prijímanie pochvaly a kritiky, vyjadrenie kritiky, asertívne správanie a pod.). Dôležitou stratégiou v liečbe sociálnych fóbií je kognitívna reštrukturalizácia, v rámci ktorej sa pacient učí meniť katastrofické myšlienky a predstavy na adaptívnejšie kognitívne schémy (zmena úzkostných myšlienok). Popri nácviku sociálnych zručností je dôležité postupne začať vystavovať pacienta situáciám, ktorým sa pôvodne vyhýbal. Využívame expozície in vivo alebo v imaginácii. Je potrebné vystríhať sa predčasne zaradeným expozíciám, pokiaľ pacient neovláda konkrétnu zručnosť, pretože zážitok zlyhania môže upevniť jeho negatívne sebahodnotenie. Pri tejto poruche je dôležitý aj nácvik relaxačných techník na zvládanie vegetatívnych príznakov a zníženie celkového napätia [13].

V prípade sociálnej fóbie je vysoko efektívne využitie *skupinovej psychoterapie*.

U pacientov, ktorí nedostatočne reagujú na KBT liečbu alebo pri komplikovanejšom intrapsychickom konflikte či súčasnej komorbidite s poruchou osobnosti je vhodná *psychodynamicky orientovaná psychoterapia*. Psychodynamické mechanizmy môžu byť dôležitými faktormi pri rozvoji symptómov, a tak táto liečba môže priniesť úľavu. V týchto prípadoch môže byť dlhodobá psychodynamická terapia potrebná na preskúmanie pacientovho odporu k zmene a na porozumenie psychodynamického pôvodu symptómov.


U pacientov s fóbiou sa aj v rámci psychodynamickej terapie opisujú rôzne variácie expozičných techník, pretože pokiaľ pacienti obávannej situácii nečelia, napredujú len málo a pomaly. U pacientov so sociálnou fóbiou je redukcia prenosových úzkostí po istom čase výsledkom expozícií, keď pacient rozpozna, že jeho obavy z toho, že ho terapeut bude kritizovať a/alebo ponížovať sú nerealistické. Pacient si pri opakovaných návštevách privykne na úzkosť a získa alternatívny pohľad, ktorý naznačuje bezpečie.

Farmakoterapia sociálnej fóbie:

Farmakoterapia má byť vyhodnocovaná po 8 – 12 týždňoch liečby. Pokračovanie sa vyhodnocuje podľa stavu pacienta, minimálne odporúčené trvanie je 12 až 18 mesiacov [12].

Preferovanou skupinou liekov pre liečbu sociálnej fóbie sú antidepresíva zo skupiny SSRI, v ďalších krokoch sú využiteľné aj ďalšie liečivá [14]. Overené sú aj antidepresíva z iných skupín (tabuľka č. 3). Dostupné SSRI a ich dávkovanie ju uvedené v tabuľke č. 2

Tabuľka č. 2

Antidepresíva v liečbe SAD [2]			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SOCIÁLNA FÓBIA	
Liečivo	Dávkovanie (mg / deň)		Poznámka
	Počiatková dávka	Terapeutická / maximálna dávka	
SSRI			
paroxetín*	10 mg / deň	20 - 40 mg	anticholínergický efekt, priberanie na hmotnosti, interakcie cez CYP2D6 izoenzým
escitalopram*	5 mg	10 - 20 mg	upozornenie na možnosť predĺženia QT intervalu
citalopram	10 mg	20 až 40 mg	upozornenie na možnosť predĺženia QT intervalu
sertralín*	50 mg	do 200 mg	
fluvoxamín	50 mg	100 mg až 300 mg	silný inhibítor CYP1A2 izoenzýmu
Ďalšie antidepresíva			
venlafaxín*	37,5 mg	do 150 mg až 225 mg	SNRI antidepresívum; pri liečbe depresie sú maximálne dávky vyššie - až do 375 mg; potrebná kontrola tlaku krvi
moclobemid*	150 mg	300 až 600 mg	RIMA antidepresívum; nemá sa kombinovať s SSRI a SNRI
kломipramín*	25 mg	do 150 mg	tricyklické antidepresívum; pre anticholínergický účinok a riziko porúch srdcového rytmu pri vyšších dávkach je použitie obmedzené; nie je odporúčaný v prvom kroku

* registrovaná indikácia v súhrnoch charakteristických vlastností liekov [15]

Benzodiazepíny


Používanie benzodiazepínov v liečbe úzkostných porúch je kontroverzné, bez dostatočne overených odporúčaní, no benzodiazepíny sú široko využívané, pacientmi preferované, prinášajú bezprostrednú úľavu pri rôznych úzkostných stavoch a ich účinnosť v krátkodobej liečbe je vyššia ako pri použití antidepresív [16]. Ich využitie je obmedzené, nie sú odporúčané ako prvá voľba [10] pre skupinové nežiaduce účinky, ktoré sa ale prekrývajú s terapeutickým efektom (útlm, ospalosť), ale hlavne pre riziko rozvoja závislosti. U každého pacienta je z toho dôvodu potrebné:

- vyhodnocovať zvyšovanie tolerancie/strata účinnosti,
- svojevoľné zvyšovanie dávky,
- cielené otázky na predpis benzodiazepínov od viacerých lekárov,
- obmedziť podávanie benzodiazepínov na čo najkratšiu dobu.

Na druhej strane by sa použitiu benzodiazepínov nemalo vyhýbať u stavov so závažnými príznakmi úzkosti, ktoré spôsobujú významný distress a postihnutie [17]. Odporúčaná doba podávania je 8 – 12 týždňov [12] s postupným vysadzovaním o 25 % dávky za týždeň.

Podľa EBM je overená účinnosť pri použití klonzapamu a bromazepamu, menej pri alprazolame [18] [12] [19]. Dávkovanie uvedených benzodiazepínov je uvedené v tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3

Dávkovanie benzodiazepínov pri liečbe sociálnej fóbie		
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SOCIÁLNA FÓBIA		
Liečivo	Dávkovanie mg / deň	Poznámka
alprazolam	0,25 mg až 4 mg	Pri všetkých liečivách sú uvedené nižšie dávky obvyklé pre liečbu úzkosti. Maximálne dávky uvádzané v súhrnoch charakteristických vlastností liekov (SPC) sa v klinickej praxi zvyčajne nevyužívajú.
bromazepam	do 3 mg	
klonazepam	1 mg až 6 mg	

Ďalšie liečivá overené v liečbe sociálnej fóbie, odporúčané v pri nedostatočnom účinku liekov voľby alebo pri augmentácii liečby s nedostatočným podkladmi na to, aby boli použité ako prvá voľba.

Gabapentín – antiepileptikum s vplyvom na GABA-ergný systém. Efektívny len u závažnejších stavov [20].

Bupropión – NRI (noradrenalin re-uptake inhibitor) antidepresívum. Dávkovanie je od 150 mg do 360 mg/deň .

Beta blokátory – ich využitie je u pacientov so situačnou fóbiou (verejné vystúpenie v rámci profesie), nie je dostatok dôkazov pre ich všeobecné použitie, vyžaduje sa spolupráca so špecialistom [18].

Atypické antipsychotiká [18] – nedostatočne overené, využiteľné ako augmentácia u ťažkých stavov a pri komorbidite, nutné kontrolovať nežiaduce účinky (hmotnosť, metabolický syndróm a ďalšie).

Prognóza

Porucha je obvykle chronická, ale jej závažnosť môže kolísat s exacerbáciami. Keďže má negatívny dopad na fungovanie pacienta v sociálnych situáciách môže to negatívne ovplyvniť život pacienta či už v rovine vzťahovej alebo profesijnej [21]. Zriedka je tak silná, že invalidizuje.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Sociálna fóbia je pri včasnej liečbe, a to najmä pri kombinácii farmakoterapie a psychoterapie, väčšinou úspešne liečiteľná. Avšak existujú ťažšie formy sociálnej fóbie, najmä v komorbidite s inými psychickými poruchami či poruchami osobnosti, a tieto môžu viesť až k invalidizácii pacienta.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche prvotný skrining a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný manažment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Denné psychiatrické stacionáre - psychiater, psychológ, liečebný pedagóg, sestra, sociálny pracovník.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Pri zvládaní sociálnej fóbie je dôležitý nácvik sociálnych spôsobilostí a komunikačných zručností, redukcia stresu a osvojenie si relaxačných techník.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Pri liečbe sociálnej fóbie sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Alternatívne odporúčania

Jedinci trpiaci touto poruchou by si mali zlepšiť sociálne a komunikačné zručnosti, napr. aj absolvovaním kurzov asertivity. Dôležité sú aj relaxačné, meditačné techniky či riadené dýchanie na zvládanie vegetatívnych prejavov úzkosti.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - za 2 roky, následne každých 5 rokov pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

[1] HOSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. Psychiatrie. Praha: Tigis, 2004. ISBN 978-80-900130-7-0.

[2] LEICHSENRING, Falk, LEWEKE, Frank. Social Anxiety Disorder. Ed. Caren G. Solomon. New England Journal of Medicine. 2017, roč. 376, č. 23, s. 2255–2264. doi: 10.1056/NEJMc1614701. ISSN 0028-4793, 1533-4406.

[3] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Fifth Edition vyd. Washington: American Psychiatric Association, 2013. 991 s. ISBN 978-0-89042-554-1.

[4] PRAŠKOVÁ, Hana, PRAŠKO, Ján. Úzkostné a fobické poruchy. Praha: Galén, 2000. Folia practica. ISBN 80-7262-039-8.

[5] SPENCE, Susan H., RAPEE, Ronald M. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. Behaviour Research and Therapy. 2016, roč. 86, s. 50–67. doi: 10.1016/j.brat.2016.06.007. ISSN 0005-7967.

- [6] MKCH – 10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5.
- [7] WONG, Quincy J. J., GREGORY, Bree, MCLELLAN, Lauren F. A Review of Scales to Measure Social Anxiety Disorder in Clinical and Epidemiological Studies. *Current Psychiatry Reports*. 2016, roč. 18, č. 4, s. 38. doi: 10.1007/s11920-016-0677-2. ISSN 1535-1645.
- [8] LIEBOWITZ, M. R. Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*. 1987, roč. 22, s. 141–173. ISSN 0077-0094.
- [9] ADERKA, Idan M. et al. Development of a Brief Version of the Social Phobia Inventory Using Item Response Theory: The Mini-SPIN-R. *Behavior Therapy*. 2013, roč. 44, č. 4, s. 651–661. doi: 10.1016/j.beth.2013.04.011. ISSN 0005-7894.
- [10] NICE. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. Clinical guideline. 2013.
- [11] COOPER, Shanna et al. Attenuated positive psychotic symptoms and social anxiety: Along a psychotic continuum or different constructs?. *Psychiatry Research*. 2016, roč. 235, s. 139–147. doi: 10.1016/j.psychres.2015.11.027. ISSN 0165-1781, 1872-7123.
- [12] RABOCH, J et al. PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP, 2014. 204 s. ISBN 978-80-260-5792-5.
- [13] SEIFERTOVÁ Dagmar,, PRAŠKO Ján, HOSCHL Cyril: Postupy v léčbe psychických porúch, Academia Medica Pragensis 2004, Praha 479 s ISBN 80-86694-06-2
- [14] WILLIAMS, Taryn et al. Pharmacotherapy for social anxiety disorder (SAnD). The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017, roč. 10, s. CD001206. doi: 10.1002/14651858.CD001206.pub3. ISSN 1469-493X.
- [15] FERENČÁKOVÁ, E. Reálne možnosti liečby duševných porúch v súlade s SPC. *Psychiatria pre prax*. 2014, roč. 15, č. 3, s. 122–126.
- [16] GOMEZ, Angelina F., BARTHEL, Abigail L., HOFMANN, Stefan G. Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2018, roč. 19, č. 8, s. 883–894. doi: 10.1080/14656566.2018.1472767. ISSN 1744-7666.
- [17] BALDWIN, David S et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2014, roč. 28, č. 5, s. 403–439. doi: 10.1177/0269881114525674. ISSN 0269-8811, 1461-7285.
- [18] BLANCO, Carlos et al. The evidence-based pharmacotherapy of social anxiety disorder. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2013, roč. 16, č. 1, s. 235–249. doi: 10.1017/S1461145712000119. ISSN 1469-5111.
- [19] DAVIDSON, Jonathan R. T. Pharmacotherapy of Social Anxiety Disorder: What Does the Evidence Tell Us?. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2006, roč. 67, č. suppl 12, s. 20–26. ISSN 0160-6689.
- [20] KATZMAN, Martin A et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014, roč. 14, č. Suppl 1, s. S1. doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1. ISSN 1471-244X.

[21] AXELBY, Clayton P. Social Phobia: Etiology, Diagnosis and Treatment. Nova Biomedical Books, 2009. 314 s. ISBN 978-1-60692-159-3.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. apríla 2020.

**Andrea Kalavská, v. r.
ministerka**