

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

Komplexný manažment detského, adolescentného a dospelého pacienta s diagnózou sociálna fóbia (klinická psychológia)

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0070	10. december 2019	schválené	15. januára 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

Doc. PhDr. Miloš Šlepecký CSc.; prof. MUDr. Jan Praško Pavlov CSc.; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; PhDr. Katarína Jandová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS Klinická psychológia: doc. Mgr. Anton Heretik ml., PhD., Mgr. Štefan Vanko, PhD., PhDr. Iveta Šefarová, PhD., PhDr. Karina Pribišová, PhDr. Pavla Nôtová, PhD., PhDr. Robert Máthé, PhD., PhDr. Antónia Kotianová, PhD.), AGREE II hodnotitelia: PhDr. Antónia Kotianová, PhD., PhDr. Iveta Šefarová, PhDr. Robert Máthé, PhD., hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, MUDr. Peter Bartoň, PhD.; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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)

Kľúčové slová

sociálna fóbia, prevencia, diagnostika, liečba, manažment

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APA	American Psychological Association (Americká psychologická asociácia)
EMB	evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch)
HRV	heart rate variability (Variabilita srdcovej frekvencie)
IKBT	kognitívno-behaviorálna terapia prostredníctvom internetu (IKBT - internet-based cognitive-behavioral therapy)
KBT	kognitívno-behaviorálna terapia
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
RCT	randomized controlled trial (na náhodnom výbere založená kontrolovaná štúdia)
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
SF	sociálna fóbia

Kompetencie

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. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP.

Lekár s certifikátom pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcej z EBM pre PP - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii + s certifikátom v psychoterapii.

Psychológ - realizácia psychodiagnostiky, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ), s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre SF - diagnostika, psychodiagnostika, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom v psychoterapii.

Sestra so špecializáciou - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť

Sestra s pokročilou praxou s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre SF - prevencia, psychoterapia, supervízia.

Sociálny pracovník - prvotné posúdenie, prevencia; psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora

Pediatier - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu

Poradenský psychológ - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP.

Špeciálny pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP.

Liečebný pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP.

Liečebný pedagóg špecialista - prvotné posúdenie, prevencia; liečebnopedagogická diagnostika a terapia vrátane, využitia rôznych druhov art-terapií. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP; terapia s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre SF, supervízia.

Úvod

Účelom tohto štandardného preventívneho, diagnostického a liečebného postupu je zlepšiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti podľa EBM u detí a adolescentov (od školského veku do 17 rokov) a dospelých pacientov (18 rokov a starších) trpiacich diagnózou sociálnej fobie (F40.1), alebo sociálnej úzkostnej poruchy. Jeho cieľom je pozitívne ovplyvniť prejavy poruchy, ich školské, pracovné a sociálne fungovanie a kvalitu ich života.

Je určený všeobecným lekárom, pediatrom, klinickým a poradenským psychológom, psychiatrom a iným odborníkom v oblasti duševného zdravia. Má tiež zvýšiť povedomie o tejto poruche u zdravotníckych pracovníkov a zlepšiť koordináciu liečby.

Podľa Bražinovej (2017) sa v súčasnosti väčšina osôb trpiacich úzkostnými poruchami nelieči. I keď pri SF sú podľa EBM jasne definované liečebné postupy, tieto sa dostatočne nevyužívajú a porucha sa lieči menej efektívnymi psychoterapeutickými a farmakoterapeutickými postupmi. Klinickou otázkou je, ako zvýšiť dostupnosť a efektivitu liečby SF. ŠDTP liečby SF umožní spresniť diagnostiku, zavádza nové liečebné postupy menej intenzívnej psychologickkej liečby, ako je IKBT a odporúča postupy

vychádzajúce s EBM, ktoré majú vyššiu účinnosť ako dosiaľ používané psychoterapeutické prístupy. Zavádza efektívne preventívne a monitorovacie postupy a definuje EBM psychoterapeutické postupy, ich intenzitu a dĺžku podľa stupňa ochorenia. Definuje špecifiká liečebných postupov u dospelých a adolescentov. Spresňuje sieť poskytovateľov a ich kompetencie. Nadväzuje na ŠDTP v odbore psychiatria a podrobnejšie ho dopĺňa. Odporúča používanie dotazníkov na meranie efektu terapie jednak na začiatku a na konci liečby, a jednak priebežne, čo umožňuje nepretržite monitorovať účinok terapeutických intervencií. Predstavuje tiež postup, ktorý môžu použiť iné odbory ako je liečebná pedagogika a sestra v odbore psychiatria.

Sociálna fobia sa prejavuje silným a trvalým strachom z jednej alebo z viacerých sociálnych situácií a výrazným vyhýbaním sa týmto situáciám. Toto vyhýbanie vedie síce k redukcii úzkosti, dôsledkom je však narušenie kvality života človeka, obmedzenie jeho sociálnych vzťahov a narušenie jeho výkonu v práci alebo v škole. Ľudia s touto poruchou môžu redukovať svoju úzkosť alebo depresiu aj zneužívaním alkoholu alebo iných návykových látok.

U detí môžu byť prejavy SF odlišné od dospelých. Tiež sa vyhýbajú sociálnym interakciám, avšak oveľa pravdepodobnejšie je, že budú plakať, „stuhnú“ alebo sa nedokážu ovládať. Menej si priznávajú, že ich obavy sú iracionálne. Zvlášť im robí problém zúčastňovať sa napr. na spoločných aktivitách s inými deťmi v škole alebo mimo nej, požiadať v triede o pomoc, alebo sa zapájať do školských súťaží.

Tento štandardný postup bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to štúdií ako aj svetových a európskych odporúčaní (NICE, APA, Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders, Nemecký Clinical Practice Guideline, the Diagnosis of and treatment Recommendations for Anxiety Disorders a odborných poznatkov od v problematike rešpektovaných a uznávaných autorít (prof. D. Clark, PhD, prof. MUDr. J. Praško, CSc.). Zohľadnili sme potrebné úrovne dôkazov za posledných 10 rokov v elektronických databázach systematických prehľadov (Cochrane, Pubmed) či elektronických časopisov.

Prevenencia

Podľa Evans et al. (2012) by sa preventívne zásahy pri úzkostných poruchách mali zameriavať tak na rizikové, ako aj na ochranné faktory súvisiace s etiológiou a udržiavaním týchto porúch. Niektoré rizikové a ochranné faktory je možné ovplyvniť viac, iné menej, a dôležité je tiež obdobie života, v ktorom pôsobia. Z toho vyplýva, že rozvoj účinnej prevencie úzkostných porúch si bude vyžadovať (1) komplexné poznanie rizikových a protektívnych faktorov, ako aj ich komplexné vzájomné vzťahy počas rôznych období vývoja; (2) zlepšenie metód na zistenie prítomnosti a/alebo neprítomnosti týchto faktorov; a (3) intervencie, ktoré zvyšujú účinnosť protektívnych faktorov a/alebo redukujú rizikové faktory, alebo oboje. Cieľom takýchto programov je zredukovať výrazne negatívny vplyv úzkostných porúch na jednotlivcov a spoločnosť.

Preventívne programy podľa Evans et al. (2012) môžeme rozdeliť na (1) indikované programy prevencie, ktoré sa zameriavajú na rizikových jedincov, ktorí už majú symptómy a/alebo biologické markery, ale nespĺňajú v plnej miere diagnostické kritériá pre poruchu; (2) programy selektívnej prevencie, ktoré sa zameriavajú na osoby, o ktorých sa predpokladá, že predstavujú vysoké riziko rozvoja poruchy (napr. boli svedkami násilia); a (3) univerzálne preventívne programy, ktoré sú zacielené na celé populácie bez ohľadu na rizikové faktory (napr. určitý stupeň školskej dochádzky). Podľa výskumných zistení edukačné a behaviorálne intervencie zamerané na staršie deti/adolescentov, rodičov, školský personál a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti boli účinné v redukcii symptómov pri začínajúcej sociálnej fóbii v ročnom sledovaní v porovnaní s kontrolnou skupinou (Aune, Stiles, 2009).

Nasledujúca tabuľka uvádza rizikové faktory a ich popis pri všetkých úzkostných poruchách (Evans et al., 2012).

Tab. 1 Individuálne faktory

Individuálne faktory	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)	
Faktor	Popis
Zvýšené prodromálne príznaky úzkosti	Ak sú prítomné hrozí riziko rozvoja choroby v priebehu dvoch rokov
Behaviorálna inhibícia (temperament)	Tendencia vyhýbať sa novým podnetom a zážitkom, prílišná hanblivosť v prítomnosti druhých ľudí
Úzkostná precitlivosť	Tendencia interpretovať fyziologické prejavy úzkosti ako hrozbu samú o sebe
Kognitívne faktory	Vyhýbavý štýl zvládania, nízke vnímanie kontroly

Tab. 2 Rodinné faktory

Rodinné faktory	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)	
Faktor	Popis
Výchova v rodine	Neisté pripútanie s možným prepojením na inhibíciu temperamentu
Interakcia rodič-dieťa	Sklon rodičov podsúvať vyhýbavé stratégie riešenia problému, prílišné zapojenie sa a prílišná ochrana v reakcii na detské obavy, nedostatočné modelovanie reakcií zvládania

Tab. 3 Vrstovníci, škola a faktory z prostredia

Vrstovníci, škola a faktory z prostredia	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)	
Faktor	Popis
Fajčenie	Zvlášť v spojitosti s panickou poruchou
Alkohol a iné návykové látky	Sú samy o sebe rizikovými faktormi a zvyšujú riziko iných faktorov (napr. dopravných nehôd)
Zapojenie do gangov a kriminálna aktivita	Expozícia traumatickým udalostiam, páchanie interpersonálneho násillia
Vystavenie traume	Výrazná trauma zvyšuje riziko vzniku posttraumatickej stresovej poruchy a iných úzkostných symptómov, zvlášť u citlivých ľudí, alebo tých, ktorí zvýšene reagujú na určitý typ traumy (napr. sexuálne násillie)
Nedostatočná sociálna podpora	Je spojená s výraznejšími symptómami a s horšou reakciou na liečbu v dospelosti, predstavuje možný mediačný faktor

Epidemiológia

Veľká štúdia NCS (National Comorbidity Survey) zistila celoživotnú prevalenciu 13,3% a ročnú prevalenciu 7,9% (Magee et al., 1996; Kessler et al., 1998). Okolo 80 - 90% ľudí má niekedy vo svojom živote obdobie, kedy sa nadmerne hanbí. Priemerný vek začiatku sociálnej fóbie je 15 rokov. V klinickej praxi tvorí diagnóza sociálnej fóbie asi 30% všetkých fóbií a 18% všetkých pacientov liečených pre úzkostné poruchy. Je to druhá najčastejšia fóbia po agorafóbii. Sociálna fóbia sa objavuje rovnako často u mužov ako u žien. Nezáleží na inteligencii, vzdelaní, ekonomickom zázemí, či zamestnaní.

Sociálna fóbia je relatívne málo diagnostikovaná. Je to preto, že pacienti sa hanbia vyhľadať odborníka. Domnievajú sa, že ich úzkosť v sociálnych situáciách je ich povahová črta, a navyše sa obávajú stigmy psychickej poruchy. Ďalším dôvodom je to, že aj odborníci často na túto diagnostickú kategóriu nemyslia.

Napriek vážnosti nepohody a narušenia života, len asi polovica pacientov s touto poruchou sa ide liečiť, a aj tí, ktorí sa idú liečiť, obyčajne vyhľadávajú liečbu po 15 až 20 rokoch trvania poruchy. Značný počet ľudí, u ktorých sa v dospievaní sociálna fóbia prejaví, sa môže do dospelosti prejavov zbaviť. Ak však porucha pretrváva do dospelosti, šanca na zotavenie bez vhodnej liečby je v porovnaní s inými bežnými psychickými poruchami nízka (NICE, 2013d).

Hendikepy spôsobené vyhýbavým správaním a úzkosťou v sociálnych situáciách majú vplyv na ekonomickú situáciu postihnutých. Väčšina z nich patrí medzi skupinu ľudí s nižšími príjmami, a viac ako 20% je finančne závislých od invalidného dôchodku alebo od iného typu sociálnych dávok.

Postihnutí jedinci dosahujú nižšiu úroveň vzdelania než na aké majú predpoklad. Postihnutí ľudia žijú oveľa častejšie bez partnera ako zdraví jedinci (Praško, Prašková, 2003).

Patofyziológia

Silný rodinný komponent s desaťnásobným rizikom pre rozvoj sociálnej fóbie alebo vyhýbavé poruchy osobnosti u príbuzných prvého stupňa zistili Stein et al. (1998). Predpokladá sa geneticky podmienená zraniteľnosť. Kendler et al. (1992) v štúdií dvojčiat s fóbiami preukázali, že rodinná agregácia fóbií sa dá pripísať najmä genetickým faktorom so strednou heritabilitou okolo 30-40%.

Fyziologické štúdie podľa Vente, Majdanžić, Bögels (2014) ukazujú, že sociálna úzkosť a sklon k obavám sa ako temperamentová črta vyznačuje bazálnym vysokým nabudením (hyperarousal) a zvýšenou reaktivitou na sociálne stresory, čo naznačuje znížený prah na podnety v limbickom systéme. Voči ostatným úzkostným poruchám sa zdá byť zvýšená reakcia červenaním sa, hoci nevieme, nakoľko je voči ostatným úzkostným poruchám špecifická. Chalmers et al. (2014) na základe meta-analýz uvádzajú pri SF redukcii HRV stredného stupňa.

Klasifikácia

Diagnostické kritériá MKCH-10 pre sociálnu fóbiu (MKCH-10, 1996)

A. Musí byť prítomný jeden z nasledujúcich znakov:

(1) pacient má výrazný strach, aby nebol v centre pozornosti, alebo aby sa nesprával trápny alebo ponížujúcim spôsobom,

(2) nápadne sa vyhýba situáciám, kde by bol v centre pozornosti, alebo kde by mal strach z trápneho alebo ponížujúceho správania.

Tieto strachy sa prejavujú v sociálnych situáciách, ako je napr. jedlo alebo hovorenie na verejnosti, stretávanie známych ľudí na verejnosti alebo účasť v malých skupinách (napr. večierky, schôdze, trieda).

B. Od začiatku poruchy sa musia niekedy prejaviť v obávanej situácii aspoň dva symptómy úzkosti, ako sú definované pod F 40.0, kritérium B, a to spoločne s aspoň jedným z nasledujúcich symptómov:

(1) červenanie sa alebo tras,

(2) strach zo zvracania,

(3) potreba alebo strach z močenia alebo defekácie.

C. Závažná emocionálna úzkosť je vyvolaná symptómami alebo vyhýbaním sa týmto symptómom, a jedinec si je vedomý, že tieto sú prehnané a nezmyselné.

D. Symptómy sa obmedzujú na obávané situácie alebo na ich očakávanie, alebo v týchto situáciách prevažujú.

E. Najčastejšia používané vylučovacie kritériá: symptómy uvedené pod kritériom A a B nevyplývajú z bludov, halucinácií ani iných porúch, ako sú napr. organické psychické poruchy, schizofrénia alebo

príbuzné poruchy, poruchy nálady alebo obsedantno-kompulzívnej poruchy, a nie sú sekundárnym prejavom kultúrnych povier.

Klinický obraz

Kognitívno-behaviorálne vysvetlenie sociálnej fóbie, ako modelu s najsilnejšou EBM predpokladá, že pod vplyvom životných zážitkov dochádza k vytvoreniu charakteristických očakávaní a postojov voči sebe i okoliu, ktoré vedú k tomu, že sa jedinec v spoločnosti druhých ľudí cíti zvýšene napätý a nervózny. Má tendenciu sa pozorovať a negatívne hodnotiť, a pritom predpokladá, že je v centre pozornosti a negatívneho hodnotenia zo strany druhých ľudí. To ho vedie k tomu, že sa spoločnosti druhých ľudí vyhýba, takže nemá príležitosť rozvíjať svoje sociálne spôsobilosti. Kombinácia nedostatočných sociálnych spôsobilostí a zvýšenej nervozity vedie k tomu, že postihnutý jedinec v sociálnych situáciách skutočne zlyháva, a tým sa jeho negatívne presvedčenie a sebahodnotenie ďalej posilňuje (Praško et al., 1996).

Model Clarka a Welsha (1995) predpokladá, že sociálna fobia je udržiavaná tromi vzájomne prepojenými procesmi. Prvým je zmena zamerania pozornosti. Sociálne úzkostní jedinci si v sociálnej situácii viac všimajú seba ako druhých. V dôsledku toho si nevšimnú, ako na nich druhí ľudia primerane reagujú. Druhým udržiavacím procesom je, že na základe informácií zo svojho tela (negatívny sebaobraz a úzkostné pocity) si ľudia trpiaci sociálnou fobiou vytvárajú prehnane negatívny dojem o tom, ako vyzerajú. Často preceňujú to, ako úzkostne vyzerajú, pretože chybne predpokladajú, že vyzerajú tak úzkostne, ako to pociťujú. Tretím udržiavacím procesom je používanie zabezpečovacieho správania (často pomocou mentálnych operácií), ktoré je motivované snahou zabrániť alebo minimalizovať to, čoho sa pacienti obávajú (napr. budem vyzerat' nudne), avšak dôsledkom je, že to zabráni pacientovi, aby zistil, že jeho strach je prehnaný. Okrem toho zabezpečovacie správanie „kontaminuje“ sociálnu interakciu tak, že sociálny fobik vyzerá, že o rozhovor záujem nemá, alebo že ho druhí ľudia nezaujímajú. To potom na odplatu vyvoláva nezáujem druhých ľudí.

Heimbergov model (Rapee, Heimberg, 1997) vychádza z kognitívnej terapie Becka a predpokladá, že ľudia trpiaci sociálnou fobiou považujú druhých ľudí za výrazne kritických a čakajú, že ich budú pravdepodobne hodnotiť negatívne. Pre nich je však veľmi dôležité, aby boli hodnotení pozitívne. V tomto rámci dochádza k niekoľkým procesom, ktoré úzkosť vyvolávajú a udržiavajú. V sociálnej situácii si jedinec vytvára mentálnu reprezentáciu o tom ako vyzerá a ako predpokladá, že jeho správanie ostatní tak vnímajú. Táto mentálna reprezentácia je vytváraná na základe viacerých faktorov. Predpokladá sa, že tieto distorzie a jednostranné hodnotenia v informáciách týkajúcich sa sociálneho hodnotenia vedú k zvýšenej úzkosti v sociálnych situáciách, a tým pomáhajú sociálnu situáciu udržiavať.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Formálna diagnóza vychádza z aktuálneho klasifikačného systému MKCH-10, prípadne MKCH-11. Taktiež môže pomôcť použitie klasifikačného systému DSM-V. Prostredníctvom diagnostického procesu je potrebné získať všetky dôležité informácie, ktoré môžu byť dôležité pri následnej starostlivosti. NICE (2004) odporúča v tomto procese používať viaceré postupy. Psychologické vyšetrenie je potrebné začať podrobnou anamnézou.

Posúdenie dospelých pacientov so sociálnou fóbiou (podľa NICE).

V prípade, že dospelý pacient so sociálnou fóbiou nie je schopný zúčastniť sa úvodného posúdenia osobne je potrebné zvážiť prvý kontakt prostredníctvom telefónu alebo internetu, avšak cieľom by mal byť osobný kontakt na dokončenie vyšetrenia.

Pri vyšetrení pacienta s podozrením na sociálnu fóbiu je potrebné zamerať sa na:

- jeho strach, obavy, vyhýbavé správanie, prežívanie nepohody a narušené fungovanie v bežnom živote,
- je potrebné zistiť prítomnosť komorbídnych porúch, ako sú vyhýbavá porucha osobnosti, zneužívanie alkoholu a iných návykových látok, poruchy nálady, iné úzkostné poruchy, psychotické ochorenia a autizmus.

Pri vyšetrení je potrebné zvážiť použitie nasledujúcich nástrojov pre upresnenie diagnostiky a meranie efektu liečby:

- všeobecne v psychiatrii odporúčaný diagnostický alebo problémy identifikujúci postup.
- použitie validizovaných meracích nástrojov (dotazníkov), ako je napr. dotazník sociálnej fóbie (SPIN), alebo Liebowitzova škála sociálnej úzkosti, prípadne ďalších vhodných dotazníkov.

Je potrebné získať podrobný popis aktuálnych prejavov sociálnej úzkosti u postihnutých osôb, problémov s nimi spojených a okolností, za ktorých sa vyskytujú:

- situácií, v ktorých pacienti prežívajú strach, a ktorých sa obávajú,
- čoho sa boja, že by sa im mohlo v sociálnych situáciách prihodiť (napr. že budú vyzerat' úzkostne, že sa budú červenat', potit', triasť, alebo že budú vyzerat' nudne),
- symptómy úzkosti,
- ako na seba nazerajú na seba,
- čo je podstatou ich sebaobrazu,
- zabezpečovacie správanie,
- na čo sa v sociálnych situáciách zameriavajú,
- anticipácia a spracovanie po udalosti,
- užívanie medikácie, alkoholu, alebo rekreačných drog.

Vyšetrenie (posúdenie) detí a mladistvých so suspektnou sociálnou fóbiou.

Úplné vyšetrenie detí a mladistvých so suspektnou sociálnou fóbiou by sa malo:

- v určitej fáze vyšetrenie s dieťaťom a mladistvým diať osamote,
- ak je to možné, informácie by mali tiež poskytnúť rodičia, opatrovatelia alebo iné dospelé osoby, ktoré dieťa poznajú, a môžu posúdiť jeho súčasné aj minulé správanie,
- ak je to možné, je vhodné zapojiť do posúdenia viacerých odborníkov (detský psychiater, klinický psychológ).

Pri posúdení dieťaťa alebo adolescenta je potrebné zistiť detailný popis jeho terajšej sociálnej úzkosti a s ňou spojených problémov, vrátane:

- situácie, v ktorých vyšetrovaný prežíva strach, a ktorých sa obáva,
- to, čoho sa vyšetrovaný bojí, že by sa mu mohlo v sociálnych situáciách prihodiť (napr. že bude vyzerat' úzkostne, že sa bude červenat', potiť, triasť, alebo že bude vyzerat' nudne),
- symptómy úzkosti,
- to, ako vidí samého seba,
- čo je podstatou jeho sebaobrazu,
- zabezpečovacie správanie,
- to, na čo sa čo sa v sociálnych situáciách zameriava,
- anticipácia a spracovanie po udalosti,
- rodinná situácia a podpora,
- priateľstvá a skupiny rovesníkov, školská a sociálna situácia,
- užívanie medikácie, alkoholu, alebo rekreačných drog.

Súčasťou odborného posúdenia je tiež určenie príčinných a udržiavacích faktorov sociálnej fóbie doma, v škole a v sociálnom prostredí, zvlášť:

- také správanie rodičov, ktoré vyvoláva a posilňuje úzkostné správanie, alebo neposilňuje pozitívne správanie,
- viktimizáciu vrstovníkmi v škole alebo inde.

Ako súčasť celkového posúdenia by odborník mal zistiť prítomnosť iných problémov, ako sú:

- iné psychické problémy (napr. iné úzkostné poruchy alebo depresia),
- ADHD, autizmus, poruchy učenia,
- zneužívanie drog a alkoholu,
- rečové problémy a problémy s jazykom.

Ako pomoc pri posúdení sociálnej fóbie a iných úzkostných a depresívnych prejavov by mal odborník použiť formálne dotazníkové nástroje (najlepšie ak je dostupná verzia pre dieťa aj pre rodiča), ako sú napr.:

- LSAS - detská verzia dotazníka sociálnej fóbie a úzkosti (child version of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children - SPAI-C for children), alebo SPIN (Social Phobia Inventory), alebo LSAS (Leibowitz Social Anxiety Scale – Leibowitzova škála sociálnej úzkosti) pre mladých ľudí.

Mali by sa použiť formálne posudzovacie nástroje na diagnostiku iných problémov, ak o sú:

- validizované meracie nástroje kognitívnych schopností u detí s podozrením na problémy s prospechom.

Objektivizácia ťažkostí je možná prostredníctvom cieleného psychologického vyšetrenia, kde sa odporúča použitie viacerých dotazníkov, ako sú: GAD-7 Sk, PHQ-9 Sk, SPIN, Liebowitzova škála sociálnej úzkosti, SCL-90, dotazník vyhýbavého správania a pod.).

V prípade podozrenia na poruchy intelektu, kognitívnych funkcií alebo poruchy osobnosti, alebo osobnostné abnormality je potrebné vykonať komplexné psychologické vyšetrenie a psychofyzologické vyšetrenie, ktoré je podľa McNeil, Ries, Turk (1995) veľmi dôležitou časťou behaviorálneho posúdenia sociálnej úzkosti a reaktivity pacienta, a pomáha vytvoriť stresový profil.

Vhodné je použitie nejakého diagnostického algoritmu.

Pri posúdení symptómov a s nimi spojeného narušenia fungovania v živote by mal odborník zvážiť nasledovné faktory, ktoré môžu ovplyvniť vývoj, priebeh a vážnosť problémov, ktoré pacient udáva:

- akákoľvek psychická porucha v anamnéze pacienta
- chronické zdravotné problémy v anamnéze
- akákoľvek minulé liečba a jej výsledok
- kvalita interpersonálnych vzťahov
- podmienky, v ktorých pacient žije, a sociálna izolácia
- história psychických porúch v rodine
- história domáceho násillia alebo sexuálneho zneužívania
- zamestnanosť a imigračný status

Diferenciálna diagnóza

Vyhýbanie sa určitým spoločenským situáciám, ktoré sú normálne zdrojom nepohody, je všeobecne rozšírené - ide najmä o strach z prejavu na verejnosti, prednášanie, vystupovanie. Týmto problémom trpí okolo 40% populácie. Rovnako sa výrazná úzkosť a vyhýbanie sa určitým sociálnym situáciám môže vyskytnúť pri ochoreniach zo schizofrénneho okruhu, pri depresívnych poruchách, obsedantno-

kompulzívnej poruche a pri paranoidnej či schizoidnej poruche osobnosti. Dominujúce zloženie symptómov je však odlišné.

Pacienti so *schizofréniou* sa sociálnym situáciám spravidla vyhýbajú pre bludné obavy, často majú nedostatočne rozvinuté sociálne zručnosti a sociálne sa izolujú.

Osoby trpiace *depresiou* sa často izolujú pre celkový strach zo zlyhania, či pre nechúť s ľuďmi komunikovať vôbec, nemajú z kontaktu s druhými radosť, a tiež sa hanbia za svoj stav. Na rozdiel od pacientov so sociálnou fóbiou pacienti s depresiou medzi ľuďmi byť nechcú.

Osoby trpiace *OCD* sa môžu vyhýbať sociálnym situáciám zo strachu z kontaminácie či z obavy, že podľahnú a vykonajú agresívne obsesie.

Paranoidné poruchy osobnosti sa obávajú zneužitia alebo toho, že im niekto urobí niečo veľmi nepríjemné, pretože očakávajú, že druhí to majú v úmysle.

Ľudia sa *schizoidnou poruchou osobnosti* často o kontakt s druhými nemajú záujem, pretože sú presvedčení, že druhí ľudia im nemajú veľmi čo ponúknuť.

Podobne pacienti s *agorafóbiou a panickou poruchou* sa niekedy vyhýbajú určitým sociálnym situáciám. Ich hlavnou obavou je, že im bude nevoľno. Primárnym je však pre nich strach s paniky.

Rozlíšenie SF od *vyhýbavej poruchy osobnosti* je náročné. Pri vyhýbavej poruche osobnosti je charakteristický dlhodobý vzorec dlhodobého vyhýbania sa interpersonálnym kontaktom zo strachu z odmietnutia. Úzkosť tu nemusí byť tak výrazná, pretože pacient sa všetkým obávaným situáciám vyhne. Sociálna fóbia na báze vyhýbavej poruchy osobnosti je častá. Je otázkou, či ide vôbec o odlišné poruchy, skôr sa obraz javí ako rôzne varianty tej istej klinickej jednotky (Praško, Prašková, 2008). Potvrdzujú to aj Dyck et al. (2001), ktorí konštatujú, že sociálna fóbia môže byť tiež spojená s niektorou z porúch osobnosti, najmä s vyhýbavou poruchou osobnosti. U epidemiologicky identifikovaných probandov so sociálnou fóbiou samotnou, s vyhýbavou poruchou osobnosti samotnou, alebo trpiacich naraz obidvomi poruchami, sa zistilo rovnako zvýšené rodinné riziko sociálnej fóbie. Zdá sa, že obe poruchy skôr reprezentujú dimenziu sociálnej fóbie, než odlišné klinické jednotky (Tillfors et al., 2001).

Sociálna fóbia má veľmi častú komorbiditu s inými poruchami. Epidemiologické štúdie zistili významnú komorbiditu celoživotnej sociálnej fóbie s rôznymi poruchami nálady (Kessler et al., 1999). Okolo 60% pacientov so sociálnou fóbiou spĺňa kritériá pre prinajmenšom jednu ďalšiu poruchu. Vo väčšine prípadov sociálna fóbia predchádza rozvoju komorbídnej poruchy.

Tab. 4 Prevažujúca komorbidita pri sociálnej fóbii (podľa Praško, Prašková, 2008)

Prevažujúca komorbidita pri sociálnej fóbii	
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)	
špecifická fobia	59%
agorafobia	45%
generalizovaná úzkostná porucha	43%
dystýmia	21%
zneužívanie alkoholu	19%
panická porucha	17%
veľká depresia	17%
zneužívanie drog	17%

Poznámka: podľa Praško, Prašková, 2008

Liečba

Liečba sociálnej fóbie je na základe EBM popisovaná vo viacerých sprievodcoch. Guideline NICE (2013) odporúča pri sociálnej fóbii u dospelých použitie KBT liečby špecificky vytvorenej pre liečbu sociálnej úzkosti (založenej na modeli Clarka a Wellsa alebo na Heimbergovom modeli). U detí a mladistvých NICE (2013) odporúča použitie individuálnej, alebo skupinovej KBT zameranej na sociálnu fóbiu.

Podľa hodnotenia Americkej psychologickkej asociácie (2015) má kognitívno-behaviorálna terapia pre sociálnu úzkostnú poruchu (sociálnu fóbiu) silnú výskumnú podporu.

Nemecké odporúčania Bendelow et al. (2014) uvádzajú zhrnutie liečebných postupov sociálnej fóbie nasledovne (skrátene):

Tab. 5 Liečebné postupy pri sociálnej fóbii

Liečebné postupy pri sociálnej fóbii			
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)			
Liečba	Odporúčania	Úroveň dôkazov	Stupeň odporúčania
Psychoterapia a psychotropné látky	Pacienti so sociálnou fóbiou sa majú liečiť: psychoterapiou medikáciou Je potrebné rešpektovať preferenciu dobre informovaného pacienta. Pacienti by mali byť informovaní zvlášť o nástupe a trvaní účinku, o vedľajších účinkoch a o tom, aká liečebná modalita je k dispozícii.	Ia	A

Tab. 6 Psychoterapeutické postupy

Psychoterapeutické postupy			
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)			
Liečba	Odporúčania	Úroveň dôkazov	Stupeň odporúčania
Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT)	Pacienti so sociálnou fóbiou sa majú liečiť pomocou KBT.	Ia	A
Psychodynamická psychoterapia	Pacienti so sociálnou fóbiou sa majú liečiť psychodynamickou terapiou, ak KBT nie je k dispozícii, alebo nebola dostatočne účinná, alebo dávajú psychodynamickej terapii prednosť po tom, čo boli informovaní o všetkých možnostiach liečby.	IIa	B

Kanadský štandardný liečebný postup podľa Katzman (2014) uvádza, že za zlatý štandard v nefarmakologickej liečbe sociálnej fobie (SF) sa považuje psychologická liečba vo forme KBT. Kognitívne techniky pre SF spočívajú v reštrukturalizácii a v zmene maladaptívnych myšlienok, a behaviorálne postupy využívajú expozičnú terapiu. Viaceré RCT štúdie a meta-analýzy (Fedoroff, Taylor, 2001; Acarturk et al., 2009; Hofmann, Smits, 2008; Taylor, 1996) preukázali, že KBT je účinnejšia ako placebo, obvyklá liečba, alebo tzv. zoznam čakaťov na liečbu (waiting list). Hoci výsledky sú nie sú jednoznačné, niekoľko štúdií akútnej liečby SF zaznamenalo podobný účinok KBT a farmakoterapie (Clark et al., 2003; Heimber et al., 1998; Otto et. al., 2000; Gelernter et al., 1999; Davitson et al., 2004). Niektoré výskumné štúdie zistili, že efekt KBT trvá po ukončení liečby dlhšie

ako po farmakoterapii (Liebowits et al., 1999; Haug et al., 2003). KBT pre SF môže byť skupinová alebo individuálna. Hoci niektoré štúdie zistili, že individuálna forma KBT je účinnejšia ako skupinová (Stangier et al., 2003; Mortberg et al. 2007), meta-analýzy nepreukázali rozdiely v účinnosti medzi týmito dvomi skupinami (Fedoroff, Taylor, 2001; Acarturk et al., 2009; Taylor, 1996). Carpenter et al. (2018) vo svojej meta-analýze podrobili KBT liečbu SF prísny kritériám porovnania s placebo podmienkami (psychologické poradenstvo alebo placebo medikácia). Dospeli k záveru, že KBT liečba SF má stredný, avšak štatisticky významný účinok na konci liečby, a v následnom sledovaní. (Hedges' $g = 0.41$).

V literatúre sa skúmali viaceré varianty KBT. Napr. spätná väzba pomocou videonahrávok sa nepreukázala ako významná pri zvyšovaní účinku liečby založenej na expozícii (Smits, Buxkamper, Telch, 2006). Podľa dvoch meta-analýz Opris et al. (2012) a Meyerbroker, Emmelkamp (2012) je KBT spolu s expozíciou virtuálnej reality viac účinná ako kontrolná skupina „čakateľov na liečebnom zozname“, a rovnako účinná ako KBT s imaginatívnou, alebo in vivo expozíciou.

KBT zameraná na interpersonálne správanie vyvoláva podobné zlepšenie sociálnej úzkosti ako štandardná KBT, ako aj zvýšené uspokojenie zo vzťahov a zvýšenie ústretového správania (Adlen, Taylor, 2011). Dôkazy podporujúce účinnosť interpersonálnej terapie pri SF sú však rozporuplné (Lipsitz et al., 2008; Stangier et al., 2011; Borge et al., 2008). Zdá sa však, že interpersonálna terapia je účinnejšia než kontrolná skupina „zo zoznamu čakateľov“ (Stangier et al., 2011), ale menej účinná než klasická KBT (Stangier et al., 2011; Borge et al., 2008).

Podobne, terapia založená na všímavosti (mindfulness) sa spája s redukciou symptómov pri SF, hoci je menej efektívna ako tradičná KBT (Koszycki et al., 2007).

KBT prostredníctvom internetu (IKBT) je nový spôsob liečby, ktorý môže v budúcnosti zvýšiť dostupnosť KBT pre úzkostné poruchy a poruchy nálad. Štúdie Hedman et al. (2011) a Andrews, Davies a Titov (2011) zistili, že IKBT s minimálnym kontaktom s terapeutom je rovnako účinná ako KBT tvárou v tvár, a hlavne je nákladovo efektívnejšia (Hedman et al., 2011). Aj Kampmann, Emmelkamp a Morina (2016) na základe 37 náhodne kontrolovaných štúdií zistili, že KBT prostredníctvom internetu je pri SF účinná, a na základe 3 štúdií potvrdili efektivitu expozičnej terapie vo virtuálnej realite. Podobne ako pri iných RCT, výskumy týkajúce sa IKBT obsahovali úvodný skrining participantov prostredníctvom telefónu alebo osobne s post liečebným hodnotením prostredníctvom telefónu alebo prostredníctvom dotazníkov. Nie sú zatiaľ dostatočné poznatky o účinnosti sebaadministrovanej liečby (IKBT alebo svojpomocných kníh, ktoré sa použili bez úvodného skriningu, alebo plánovaných stretnutí po liečbe). Odporúčania NICE (2013d) IKBT sociálnej fóbie zatiaľ nezaraďujú do druhého stupňa liečby.

Kombinovaná psychologická a farmakologická liečba

Davidson et al. (2004) a Praško et al. (2006) zistili, že pridanie farmakoterapie nezvýšilo účinok KBT. Blanco et al. (2010) v porovnaní so samotnou expozičnou liečbou zistili zvýšenie liečebného účinku

expozícií pri kombinácii fenelzínu a KBT. Podobne zvyšoval účinok expozičnej liečby D-cycloserine oproti liečbe samotnou expoziáciou (Guastela et al., 2008; Hofmann, 2006). Knijnik et al. (2008) zistili, že psychodynamická skupinová terapia s pridaním clonazepamu bola účinnejšia, ako samostatná liečba clonazepamom. Marvranezouliet et al. (2015) pri posudzovaní ekonomickej efektivity liečby zistili, že rôzne formy individuálnej KBT sa javia ako cenovo najefektívnejšie voľby liečby SF u dospelých. Zohľadnenie vedľajších účinkov liekov túto ekonomickú efektivitu ešte zvyšuje.

Dlhodobé účinky psychologickej liečby

Viacere štúdie preukázali, že účinky KBT pretrvávajú v kontrolnom sledovaní 6-12 mesiacov po liečbe (Fedoroff, Taylor, 2001; Clark et al., 2003; Stangier et al., 2003; Salaberria, Echeburua, 1998; Anderson et al., 2006; Tillfors et al., 2008; Watanabe et al., 2010, 2008; Carlbring et al., 2009), s pretrvávajúcim zlepšením dokumentovaným po 5 ročnej kontrole (Hedman et al., 2011; Mortberg, Clark, Bejerot; 2011). Dlhodobé hodnotenia post IKBT preukázalo pretrvávajúce zlepšenie v kontrolnom sledovaní 1-5 rokov (Anderson et al., 2006; Tillfors et al., 2008; Watanabe et al., 2010; Hedman et al., 2011). Liebowits et al. (1999) a Haug et al. (2003) preukázali tiež dlhotrvajúci efekt psychoterapie v porovnaní s farmakoterapiou po prerušení liečby.

Liečebné postupy pri sociálnej fóbií (upravené podľa odporúčaní NICE, 2013)

Všetky liečebné postupy pri SF by mal robiť vzdelaný a kompetentný odborný pracovník. Psychologické liečebné postupy by mali byť založené na relevantných liečebných manuáloch, ktoré určujú štruktúru a trvanie intervencie.

- Zdravotnícki pracovníci by mali mať pravidelnú, vysoko kvalifikovanú a na výsledky zameranú supervíziu.
- Zdravotnícki pracovníci by mali pravidelne merať efekty intervencie (napr. pomocou škály SPIN alebo LSAS) a zapojiť pacienta do zisťovania účinnosti liečby.
- Sledovať spoluprácu pacienta pri liečbe a svoje vlastné kompetencie - napr. pomocou video-záznamov alebo audio-nahrávok, alebo vonkajším auditom, či iným druhom kontroly.

Úvodné liečebné možnosti u pacientov so sociálnou fóbiou

V rámci informovaného súhlasu má byť pacient informovaný o EBM podložených možnostiach liečby. Každý pacient by mal byť edukovaný o poruche, ktorou trpí, o účinnosti (vrátane očakávaného nástupu terapeutického účinku) a o vedľajších účinkoch liečby, ktorú si vyberie, o faktoroch, ktoré poruchu zhoršujú a o symptómoch relapsu (Swinson et al., 2006). Užitočné sú tiež informácie pochádzajúce svojpomocných kníh, ako napr. Praško, Vyskočilová, Prašková (2005), Praško, Holubová (2017), alebo z webových stránok.

U dospelých pacientov so sociálnou fóbiou by sa mala liečba začínať individuálnou KBT vytvorenou na tieto účely (založenou na Clarkovom a Wellsovom alebo Heimbergovom modeli).

- nie je vhodné rutinne začínať skupinovú KBT. Hoci sú dôkazy, že skupinová liečba je účinnejšia ako väčšina iných liečebných postupov, pri SF nie je klinicky a nákladovo účinnejšia ako individuálna KBT,
- pacientom, ktorí odmietnu KBT a uprednostňujú iné psychologické postupy, je potrebné poskytnúť im svojpomocné podporné materiály založené na KBT,
- s pacientmi, ktorí odmietajú KBT a preferujú farmakologickú liečbu, je potrebné prebrať s nimi ich obavy a dôvody svojho rozhodnutia
- ak pacient uprednostňuje farmakoterapiu, je potrebné odporučiť mu odborníka z odboru psychiatria, ktorý pacientovi predpíše SSRI. Pacienta je potrebné starostlivo sledovať kvôli nežiaducim účinkom,
- u pacientov, ktorí odmietajú KBT a farmakoterapiu, je potrebné zvážiť krátkodobú dynamickú terapiu, ktorá bola špecificky vytvorená pre liečbu sociálnej fobie. Je potrebné brať do úvahy limitovanú klinickú účinnosť a nižšiu nákladovú efektívnosť tejto liečby v porovnaní s KBT, so svojpomocnými postupmi a s farmakoterapiou,
- v prípade, že vyššie uvedené psychoterapeutické postupy nie sú k dispozícii, je potrebné použiť inú formu psychoterapie, najlepšie KBT približujúcu sa týmto teoretickým postupom,
- je potrebné sledovať, v akom štádiu zmeny sa pacient nachádza. V prípade, ak pacient nie je v štádiu prípravy alebo akcie, pre ktoré sú tieto postupy vhodné, je vhodné použiť psychoterapeutické postupy zvyšujúce uvedomenie si problému a motiváciu k posunu do štádia akcie (Prochaska, Norcross, 1999).

Liečebné postupy u pacientov, ktorí nereagujú alebo len sčasti reagujú na úvodnú liečbu

U dospelých pacientov, ktorých symptómy sociálnej úzkosti sa po primeranom vedení individuálnej KBT zredukovali len čiastočne, by sa mala zvážiť kombinácia farmakologickej a individuálnej KBT.

U dospelých pacientov, ktorí nereagovali dostatočne na liečbu pomocou SSRI (escitalopram alebo sertralin) po 10-12 týždňoch liečby, je vhodné pridať k SSRI aj individuálnu KBT.

Farmakoterapeutickú liečbu popisuje ŠDTP v odbore psychiatria

Je potrebné prebrať možnosti liečby individuálnou KBT u tých pacientov, ktorých symptómy nereagovali na farmakologickú liečbu.

Postup psychologickej liečby SF

Individuálna KBT (Clarkov a Welshov model) by mala mať priemerne 14 sedení a mala by trvať 90 minút. Obsah sedení má byť nasledovný:

- edukácia o sociálnej úzkosti,
- zážitkové cvičenia, ktoré demonštrujú negatívny účinok pozornosti zameranej na seba a negatívny účinok zabezpečovacieho správania,

- na základe videozáznamu spätná väzba na korekciu narušeného negatívneho sebaobrazu,
- systematický tréning v pozornosti zameranej navonok,
- počas sedenia behaviorálne experimenty na testovanie negatívnych presvedčení prepojených s domácimi úlohami,
- diskriminačný tréning alebo reskripcia na zvládanie problematických spomienok spojených so sociálnymi traumami,
- skúmanie a modifikácia jadrových presvedčení,
- modifikácia problematických procesov spracovania informácií pred a po udalosti
- prevencia relapsu.

Individuálna KBT (Heimbergov model) pre SF by mala mať priemerne 14 sedení v trvaní 60 minút a jedno sedenie určené na expozíciu v trvaní 90 minút. Trvá približne 4 mesiace a spočíva v:

- edukácii o sociálnej úzkosti,
- kognitívnej reštrukturácii,
- postupnom vystavovaní sa obávaným situáciám tak v liečebných sedeniach, ako aj v domácich úlohách,
- skúmaní a modifikácii jadrových presvedčení,
- prevencii relapsu.

Podporná svojpomoc pre SF by mala obsahovať:

- obvykle viac ako 9 sedení podporovaného používania svojpomocnej knihy založenej na KBT, viac ako 3-4 mesiace,
- podporu používania materiálu prostredníctvom osobného alebo telefonického kontaktu, celkovo tri hodiny v priebehu liečby.

Krátkodobá psychodynamická terapia pre SF by mala obvykle trvať 25-30 sedení, v trvaní 50 minút viac ako 6-8 mesiacov, a mala by spočívať v:

- edukácii o sociálnej úzkosti,
- vytvorení pozitívneho, bezpečného terapeutického vzťahu, aby došlo k zmene neistého pripútania sa,
- zameraní na jadrovú konfliktnú vzťahovú tému spojenú so symptómami sociálnej úzkosti
- zameraní na zahanbenie,
- povzbudzovaní k expozícii obávaným sociálnym situáciám mimo terapeutických sedení,
- podpore vytvorenia sebaopodstatňujúceho vnútorného dialógu,
- pomoci zlepšiť sociálne spôsobilosti.

Liečebné princípy u detí a mladistvých

Všetky liečebné postupy u detí a mladistvých so SF by mal realizovať vzdelaný a kompetentný odborný pracovník. Psychologické liečebné postupy by mali byť založené na relevantných liečebných manuáloch, ktoré určujú štruktúru a trvanie intervencie.

- Odborní pracovníci by mali mať pravidelnú, vysoko kvalifikovanú na výsledky zameranú supervíziu.
- Odborní pracovníci by mali pravidelne merať efekt intervencie (napr. pomocou škály SPIN alebo LSAS) a zapojiť pacienta do zisťovania účinnosti liečby.
- Sledovať spoluprácu pacienta pri liečbe a svoje vlastné kompetencie - napr. pomocou video-nahrávok alebo audio-nahrávok, alebo vonkajším auditom, či iným druhom kontroly.

Odborní pracovníci by si mali byť vedomí vplyvu, ktorý má domáce prostredie, škola a širšie sociálne prostredie na udržiavanie a liečbu SF. Mali by sa zameriavať na emocionálne vzdelávacie a sociálne potreby dieťaťa alebo mladistvého, a spolupracovať s rodičmi, učiteľmi, či inými dospelými v dosahovaní cieľov liečby.

Liečba detí a mladistvých so sociálnou fóbiou (sociálnou úzkostnou poruchou)

Pacientovi je potrebné poskytnúť individuálnu alebo skupinovú KBT zameranú na sociálnu fóbiu pre deti a adolescentov. Je potrebné zvážiť zapojenie rodičov alebo opatrovateľov do liečby, aby sa zvýšil účinok liečebných postupov, zvlášť u mladších detí.

Vykonávanie psychologických postupov u detí a mladistvých

Pri zohľadňovaní kognitívnej a emocionálnej zrelosti dieťaťa by **individuálna KBT** mala mať nasledovný obsah:

- 8-12 sedení v trvaní 45 minút.
- psychoedukácia, vystavovanie sa obávaným situáciám alebo situáciám, ktorým sa pacient vyhýba, tréning sociálnych spôsobilostí a príležitosť vyskúšať si nacvičované spôsobilosti v sociálnych situáciách.

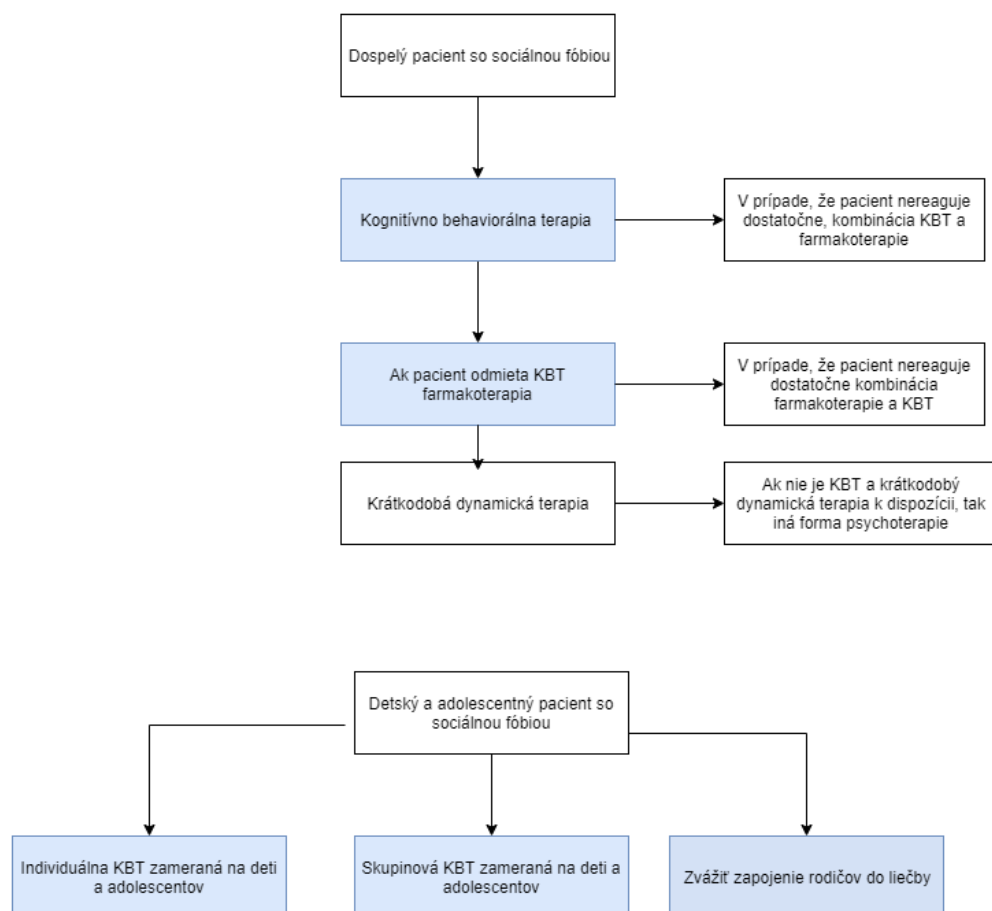
Pri zohľadňovaní kognitívnej a emocionálnej zrelosti dieťaťa by skupinová KBT mala mať nasledovný obsah:

- 8-12 sedení trvajúcich 90 minút so skupinou detí alebo mladých ľudí približne rovnakého veku.
- psychoedukácia, expozícia obávaným situáciám alebo situáciám, ktorým sa dieťa vyhýba, tréning sociálnych spôsobilostí, a príležitosť nacvičovať spôsobilosti v sociálnych situáciách.
- psychoedukácia a tréning spôsobilostí pre rodičov, zvlášť pri menších deťoch, aby rodičia podporovali a posilňovali expozíciu dieťaťa situáciám, ktorých sa bojí, alebo ktorým sa vyhýba. Je potrebné zvážiť používanie psychologických intervencií, ktoré boli vytvorené pre dospelých aj u adolescentov (vo veku 15 rokov a starších), u ktorých sa predpokladajú kognitívne a emocionálne schopnosti na zvládnutie liečebných postupov vytvorených pre dospelých.

Liečebné postupy, ktoré sa podľa NICE pri sociálnej fóbii neodporúčajú:

- pri liečbe SF u detí a dospievajúcich nie je vhodné rutinne používať farmakologickú liečbu,
- pri liečbe SF u dospelých nie je vhodné rutinne predpisovať antikonvulzíva, tricyklické antidepresíva, benzodiazepíny alebo antipsychotickú medikáciu,
- pri liečbe SF nie je vhodné rutinne používať na všímavosti (mindfulness) založené postupy alebo podpornú terapiu,
- na liečbu úzkosti pri liečbe SF nie je vhodné rutinne predpisovať extrakt z ľubovníka bodkovaného alebo iné prírodné preparáty. Pacientovi je potrebné vysvetliť ich potenciálne interakcie s inými predpisovanými a voľne dostupnými preparátmi, a tiež to, že absentujú dôkazy ktoré by podporovali ich bezpečné užívanie,
- pri SF nie je vhodné liečiť hyperhydrózu (nadmerné potenie) prostredníctvom botulotoxínu. Pre túto liečbu nie sú dostatočné dôkazy a liečba môže byť nebezpečná,
- pri liečbe SF nie je vhodné odporúčať pacientovi hrudnú endoskopickú sympatektómiu pri liečbe hyperhydrózy alebo červenania sa v tvári. Pre pozitívny účinok tejto liečby nie sú dostatočné dôkazy a môže mať negatívne účinky.

Diagram liečebného postupu



Prognóza

Sociálna fóbia je zreteľne chronická a potenciálne vysoko hendikepujúca porucha. Viac ako polovica pacientov udáva výrazné postihnutie v mnohých oblastiach života, a to nezávisle od toho, koľko sociálnej podpory od okolia majú (Schneier et al., 1994; Stein a Kean, 2000). Aj keď je porucha zvyčajne chronická, jej závažnosť môže kolísť s exacerbáciami, pri ktorej úzkosť pri obávannej aktivite zhorší výkon. To ďalej vedie k zvýšeniu úzkosti, ktorá opäť posilňuje fobické vyhýbanie sa aktivite. Rozsiahla dlhodobá retrospektívna štúdia osôb s celoživotným výskytom sociálnej fóbie vo veku od 15-64 rokov preukázala, že približne u polovice postihnutých v priebehu života k remisia, a priemerné trvanie poruchy bolo 25 rokov (DeWit et al., 1999). Prediktory zlej prognózy boli: začiatok poruchy pred 8. rokom života, komorbídna psychická porucha, nižšie vzdelanie, viac symptómov pri začiatočnom hodnotení a komorbidita so somatickými problémami.

So sociálnou fóbiou býva často spojené samovražedné správanie, najmä v prípadoch, ktoré sú spojené s komorbiditou. Pacienti so sociálnou fóbiou a ďalšími pridruženými poruchami sa asi 6x častejšie ako ostatní jedinci pokúsia o suicídium. Jednou z najproblémovnejších komplikácií sociálnej fóbie je rozvoj závislosti od alkoholu. Sociálna fóbia veľmi často predchádza rozvoju závislosti, a potom liečba závislosti môže byť limitovaná prítomnosťou sociálnej fóbie (Praško, Prašková, 2008).

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

Sociálna fóbia môže byť u časti pacientov rezistentná na psychologickú a farmakologickú liečbu, a môže mať chronický priebeh. Takéto ťažké formy sociálnej fóbie môžu viesť až k invalidizácii pacienta, a to obzvlášť s komorbiditou s inými psychickými poruchami.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

V primárnej starostlivosti by mal praktický lekár alebo pediater uvažovať o prítomnosti SF, ak pacient odpovie kladne na tieto otázky:

- Zistili ste, že sa vyhýbate sociálnym situáciám, alebo aktivitám?
- Pociťujete v sociálnych situáciách strach alebo rozpaky?

Môže sa tiež použiť 3-položkový mini dotazník sociálnej fóbie (Mini-SPIN). V prípade, že pacient skóruje v dotazníku viac ako 6, alebo odpovie áno buď na jednu, alebo na druhú uvedenú otázku, mal by lekár pacienta podrobnejšie vyšetriť, alebo ak praktický lekár alebo špecialista nie je kompetentný urobiť posúdenie psychického stavu, má odporučiť pacienta k zodpovedajúcemu odborníkovi na psychické zdravie. Ak pacienta neodporúča praktický lekár, mal by príslušný odborník o svojom odporúčaní informovať praktického lekára.

Všeobecné princípy, zvýšenie dostupnosti liečby (NICE, 2013d)

Pri odosielaní pacienta s podozrením na sociálnu fóbiu do špecializovanej psychiatrickej alebo psychologickkej starostlivosti je potrebné poskytnúť mu detailné informácie, najlepšie písomne, kam má ísť a kde bude čakať, prípadne aké sú možnosti na čakanie mimo čakárne pred ambulanciou, ako bude vyšetrenie prebiehať a čoho sa nemusí obávať. Na začiatok stretnutia sa odporúča upozorniť pacienta vhodným spôsobom, napr. prostredníctvom SMS (NICE, 2013d).

Všetci členovia tímu, ktorí diagnostikujú pacienta so SF, by mali byť schopní:

- určiť povahu, trvanie a vážnosť prítomnej poruchy
- posúdiť nielen vážnosť symptómov, ale aj s nimi spojené narušenie fungovania v bežnom živote.
- určiť vhodnú liečbu, a podľa potreby pacienta odoslať k inému odborníkovi, ktorý mu môže poskytnúť liečbu podľa zásad ŠDTP pre SF.

Všetci členovia tímu, ktorí robia posúdenie najčastejších psychických porúch (úzkostné poruchy a depresie, vrátane SF), by mali dostatočne ovládať:

- potrebné verbálne a neverbálne komunikačné spôsobilosti, obsahujúce tiež schopnosť zistiť problémy, ich posúdenie a posúdenie ich vplyvu na pacienta, poskytnúť pacientovi primerané informácie a umožniť mu spolurozhodovať o spôsobe liečby
- používanie formálnych posudzovacích nástrojov (škál) a rutinných nástrojov merania efektu liečby v rôznych liečebných zariadeniach.

Pri posúdení symptómov a s nimi spojeného narušenia fungovania v živote by mal odborník zvážiť nasledovné faktory, ktoré môžu ovplyvniť vývoj, priebeh a vážnosť problémov, ktoré pacient udáva:

- akákoľvek psychická porucha v anamnéze pacienta,
- chronické zdravotné problémy v anamnéze,
- akákoľvek minulé liečba a jej výsledok,,
- kvalita interpersonálnych vzťahov
- podmienky, v ktorých pacient žije, a sociálna izolácia,
- história psychických porúch v rodine,
- história domáceho násillia alebo sexuálneho zneužívania,
- zamestnanosť a imigračný status.

Ak je to potrebné, odborník by mal posúdiť, či problémy pacienta nemajú dopad na jeho adekvátnu starostlivosť o deti a mladistvých, a v prípade potreby by mal kontaktovať odbor sociálnych vecí.

Pri posudzovaní osoby s podozrením na SF a pri vytváraní liečebných plánov a stratégií by mal posudzujúci brať do úvahy akékoľvek poruchy učenia alebo získané kognitívne poškodenia, a ak je to nutné, mal by konzultovať zodpovedajúceho špecialistu.

Ak sú prítomné prejavy a anamnéza SF mierne a symptómy sa zlepšujú, prípadne ide o poruchu v začiatočnom štádiu, mal by odborník zvážiť poskytnutie psychoedukácie o poruche a ďalšie sledovanie ešte pred tým, než začne liečbu alebo pacienta odošle k špecialistovi. Toto môže zlepšiť menej výrazné symptómy a zabrániť ďalším intervenciám.

Posudzujúci odborník sa vždy musí osôb so SF priamo spýtať na suicidálne myšlienky a konanie.

V prípade, že zistí riziko sebapoškodzovania alebo suicídia:

- posúdi, či má pacient primeranú sociálnu podporu a či vie o zdrojoch, ktoré mu môžu pomôcť,
- zabezpečí pomoc primeranú úrovni rizika,
- poradí pacientovi, kde môže hľadať ďalšiu pomoc v prípade, že sa situácia zhorší.

V prípade podozrenia na psychickú poruchu by mal psychický stav pacienta a jeho funkčné, interpersonálne a sociálne problémy posúdiť odborník, ktorý je kompetentný vykonať posúdenie psychického zdravia (psychiater, klinický psychológ).

Je potrebné použiť overený nástroj zodpovedajúci suspektnej poruche alebo problému, ktorý sa posudzuje, napr. 9-položkový dotazník zdravia pacienta (PHQ-9), Škálu nemocničnej úzkosti a depresie (HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale) alebo 7-položkovú škálu generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7 - General Anxiety Disorder-7) na upresnenie posúdenia a podporu hodnotenia.

Ak osoba so sociálnou fóbiou nepríde na ďalšie stretnutie, je potrebné ju kontaktovať spôsobom, ktorý si zvolila, a prebrať s ňou dôvod. Je potrebné pokúsiť sa vyhnúť všetkému, čo by danej osobe mohlo prekážať v tom, aby prišla na ďalšie stretnutie.

Odborní pracovníci v poradenských centrách, školskí psychológovia, sociálni pracovníci a odborníci v primárnej a v špecializovanej zdravotnej starostlivosti by mali predpokladať prítomnosť úzkostných porúch u detí a mladých ľudí, najmä v takých prípadoch, keď sa a vyhýbajú školským, sociálnym alebo skupinovým aktivitám, alebo sa slovne v sociálnych situáciách neprejavujú, sú podráždení, nadmerne plachí alebo príliš závisí od rodičov alebo od opatrovateľov. V takomto prípade by sa títo odborníci mali dieťaťa alebo adolescenta (prípadne jeho rodičov či opatrovníkov) spýtať na jeho pocity úzkosti, čoho sa bojí, čomu sa vyhýba, a mali by sa spýtať na jeho obavy a s tým súvisiace správanie, aby zistili, či nejde o sociálnu fóbiu.

Niekedy sa ľudia veľmi boja, keď majú robiť niečo s ostatnými ľuďmi, najmä s ľuďmi, ktorých nepoznajú. Boja sa robiť niečo vtedy, keď ich ostatní pozorujú. Môžu sa báť, že urobia niečo hlúpe alebo že sa ostatní z nich budú smiať. Potom to robiť nechcú, a keď to robiť musia, tak sa cítia zle, alebo trpia.

Môžu sa použiť nasledovné otázky:

- „Máš/má vaše dieťa strach, ak máš/má byť v spoločnosti iných ľudí, ako napríklad rozprávať sa s nimi, jesť, ísť na večierok alebo robiť veci v škole alebo s priateľmi? "
- „Máš/má vaše dieťa problém, keď ťa/ho iní ľudia pozorujú, ako je napríklad robiť nejaký šport, hrať sa, vystupovať na verejnosti, pýtať sa, alebo odpovedať na otázky, nahlas čítať alebo odpovedať pred tabuľou?“
- „Máš ty/má vaše dieťa pocit, že ty/vaše dieťa tieto veci nedokážeš/nedokáže, a pokúšaš/pokúša sa im vyhnúť?“

Ak dieťa, alebo adolescent/alebo jeho rodičia, prípadne opatrovníci odpovedia súhlasne na jednu alebo viaceré otázky, je potrebné, aby odborník urobil komplexnejšie posúdenie, či nejde o diagnózu sociálnej fóbie (sociálnej úzkosti). Ak na toto sám nie je kompetentný, mal by dieťa alebo mladistvého odoslať zodpovedajúcemu odborníkovi na psychické zdravie, a mal by o tom informovať jeho pediatra alebo všeobecného lekára.

Posúdenie dospelých pacientov so sociálnou fobiou (podľa NICE, 2013)

V prípade, že dospelý pacient so sociálnou fobiou nie je schopný zúčastniť sa úvodného posúdenia osobne, je potrebné zvážiť prvý kontakt prostredníctvom telefónu alebo internetu, avšak cieľom by mal byť osobný kontakt pacienta a odborníka na dokončenie vyšetrenia.

Pri vyšetrení pacienta s podozrením na sociálnu fobiu je potrebné zamerať sa na:

- jeho strach, obavy, vyhýbavé správanie, prežívanie nepohody a narušené fungovanie v bežnom živote.
- zistenie prítomnosti komorbídnych ochorení, ako sú vyhýbavá porucha osobnosti, zneužívanie alkoholu a iných návykových látok, poruchy nálady, iné úzkostné poruchy, psychotické ochorenia a autizmus.

Pri vyšetrení je potrebné zvážiť použitie nasledujúcich nástrojov pre upresnenie diagnostiky a meranie efektu liečby:

- v psychiatrii a v klinickej psychológii všeobecne odporúčaný diagnostický alebo problémy identifikujúci postup.
- použitie validizovaných meracích nástrojov (dotazníkov), ako je napr. dotazník sociálnej fóbie (SPIN) alebo Liebowitzova škálu sociálnej úzkosti.

Je potrebné získať podrobný popis aktuálnych prejavov sociálnej úzkosti u postihnutých osôb, problémov s nimi spojených a okolností, za ktorých sa vyskytujú:

- situácie, v ktorých pacient prežíva strach a ktorých sa obáva

- čoho sa pacient bojí, že by sa mu mohlo v sociálnych situáciách stať (napr. že bude vyzerat' úzkostne, že sa bude červenat', potit', triasť, alebo že bude vyzerat' nudne)
- symptómy úzkosti,
- ako na seba pacient nazerá,
- čo je podstatou sebaobrazu pacienta,
- zabezpečovacie správanie,
- na čo sa v sociálnych situáciách pacient zameriava,
- anticipácia a spracovanie situácie po udalosti,
- užívanie medicíny, alkoholu, alebo rekreačných drog.

Odborní pracovníci v poradenských centrách, pracovní a organizační psychologovia, sociálni pracovníci (aj pracovní personálnych oddelení alebo vedúci pracovníci) a odborníci v primárnej a v špecializovanej zdravotnej starostlivosti by mali predpokladať prítomnosť SF u dospelých osoby najmä v takých prípadoch, keď sa vyhýbajú pracovným, sociálnym alebo skupinovým aktivitám, alebo sa slovné v sociálnych situáciách neprejavujú, sú podráždení, nadmerne plachí alebo príliš závislí od svojich blízkych. V takomto prípade by sa títo odborníci mali danej osoby (prípadne jej blízkych) spýtať na jej pocity úzkosti, čoho sa bojí, čomu sa vyhýba, a na jej obavy a s tým súvisiace správanie aby zistili, či nejde o sociálnu fóbiu.

Podobne ako u detí, je to často aj u dospelých. Niekedy sa ľudia veľmi boja, keď majú robiť niečo s ostatnými ľuďmi, najmä s ľuďmi, ktorých nepoznajú. Boja sa robiť niečo vtedy, keď ich ostatní pozorujú. Môžu sa báť, že urobia niečo hlúpe, alebo že sa ostatní z nich budú smiať. Potom to robiť nechcú, a keď to robiť musia, tak sa cítia zle, alebo trpia.

Môžu sa použiť nasledovné otázky:

- „Máte strach, ak máte byť v spoločnosti iných ľudí, ako napríklad rozprávať sa s nimi, jesť, chodiť na večierky alebo robiť veci v práci, alebo s priateľmi? "
- „Máte problém, keď vás iní ľudia pozorujú, ako napríklad keď robíte nejaký šport, keď vystupujete na verejnosti, keď sa pýtate alebo odpovedáte na otázky, nahlas čítate, alebo niečo prezentujete?“
- „Máte pocit, že vy tieto veci nedokázate, a pokúšate sa im vyhnúť?“

Ak pacient (prípadne jeho blízki) odpovedia kladne na jednu alebo viac otázok, je potrebné, aby odborník urobil komplexnejšie posúdenie, či nejde o diagnózu sociálnej fóbie (sociálnej úzkosti). Ak na toto sám nie je kompetentný, mal by pacienta odoslať zodpovedajúcemu odborníkovi na psychické zdravie, a mal by o tom informovať jeho všeobecného lekára.

Vyšetrenie (posúdenie) detí a mladistvých so suspektnou sociálnou fóbiou

Úplné vyšetrenie detí a mladistvých so suspektnou sociálnou fóbiou by sa malo:

- v určitej fáze s dieťaťom a mladistvým realizovať osamote,
- ak je to možné, informácie by mali tiež poskytnúť rodičia, opatrovatelia alebo iné dospelé osoby, ktoré dieťa poznajú a môžu posúdiť jeho súčasné a minulé správanie,
- ak je to možné je potrebné zapojiť do posúdenia viacerých odborníkov (detský psychiater, klinický psychológ).

Pri posúdení dieťaťa alebo adolescenta je potrebné zistiť detailný popis jeho terajšej sociálnej úzkosti a s ňou spojených problémov vrátane:

- situácií, v ktorých vyšetrovaný pacient prežíva strach a ktorých sa obáva
- toho, čoho sa pacient bojí, že by sa mu mohlo v sociálnych situáciách stať (napr. že bude vyzerat' úzkostne, že sa bude červenať, potiť, triasť, alebo že bude vyzerat' nudne)
- symptómov úzkosti,
- toho, ako pacient vidí samého seba
- toho, čo je podstatou jeho sebaobrazu,
- zabezpečovacieho správania,
- toho, na čo sa v sociálnych situáciách zameriava,
- anticipácie a spracovania situácie po udalosti,
- rodinnej situácie a podpory,
- priateľstiev a skupín rovesníkov, školskej a sociálnej situácie,
- užívania medicíny, alkoholu alebo rekreačných drog.

Súčasťou odborného posúdenia je tiež určenie príčinných a udržiavacích faktorov sociálnej fóbie v domácom prostredí, v škole a v sociálnom prostredí, zvlášť:

- také správanie rodičov, ktoré vyvoláva a posilňuje úzkostné správanie, alebo neposilňuje pozitívne správanie,
- viktimizáciu vrstovníkmi v škole alebo inde.

Ako súčasť celkového posúdenia by odborník mal zistiť prítomnosť iných problémov, ako sú:

- iné psychické problémy, napr. (iné úzkostné poruchy alebo depresia),
- ADHD, autizmus, poruchy učenia,
- zneužívanie drog a alkoholu,
- rečové problémy a problémy s jazykom.

Ďalšie odporúčania

Úzkostné poruchy, vrátane SF, predstavujú väčšinu u pacientov so psychickými poruchami na pracoviskách klinickej psychológie a v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Pacienti so SF však prichádzajú na liečbu do týchto pracovísk neskoro. Preto je potrebné vzdelávať praktických lekárov,

pediatrov a iných špecialistov o symptómoch, priebehu a liečbe tejto poruchy, aby sa postihnutým dostala starostlivosť čo najskôr. Proces liečby by urýchlilo zrušenie výmenných lístkov aj u klinického psychológa tak, ako na to poukazujú skúsenosti z Anglicka.

V terapii je dôležité zohľadniť špecifiká tejto poruchy, postupovať citlivo a vytvoriť kvalitný terapeutický vzťah s pacientom a jeho následné psychoterapeutické vedenie podľa EBM. Okrem liečby základnej poruchy pacienti veľakrát riešia svoje vzťahové či pracovné problémy, a v dnešnej dobe aj sociálnu situáciu. Tieto faktory taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Je potrebné doplnenie vzdelávacích programov tak v pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní, ako aj vo vzdelávaní v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia podľa tohto ŠDTP.

V prevencii je potrebné výraznejšie zapojenie psychológov z poradensko-psychologických centier a školských psychológov.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Je potrebné prepojiť poradenskú starostlivosť o pacientov/klientov s primárnou starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou v psychiatrických ambulanciách a v pracoviskách klinickej psychológie. Pri liečbe SF sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Na EBM založená psychologická liečba predstavuje účinnú liečbu úzkostných porúch, a tým aj SF, a odporúča sa ako liečba prvej línie, ktorá má prednosť pred farmakologickou liečbou. Úlohou zdravotníckych pracovníkov je poskytovať alebo odporučiť najprv najmenej zaťažujúce, najefektívnejšie liečebné postupy v rámci postupnej starostlivosti podľa tohto ŠDTP.

Alternatívne odporúčania

Súčasťou komplexného prístupu k liečbe SF je odporúčanie zásad zdravej životosprávy, čiže dostatok odpočinku, spánku, plánovanie aktivít, telesné cvičenie, či vyvážená strava. Zásady zdravej životosprávy a psychohygieny by mali byť súčasťou výchovy detí v rodinách a školách. Taktiež zamestnávateľia by mali dbať na zabezpečenie takých pracovných podmienok, aby nedochádzalo k preťažovaniu zamestnancov. Dôležitá je aj edukácia o psychických poruchách a ich destigmatizácia. Túto úlohu môžu veľmi dobre zastávať médiá, v ktorých by mali dostávať priestor odborníci z oblasti psychického zdravia.

Špeciálny doplnok štandardu

17-položkový Inventár sociálnej fobie (Social Phobia Inventory, známy tiež ako SPIN (Antony et al., 2006; Connor et al., 2000; cit. podľa Praško, Holubová, 2017) tiež preukázal dobrú reliabilitu, dobrú

koreláciu s inými dotazníkmi a schopnosť rozlišovať medzi klientami so sociálnou fóbiou a klientami s inými úzkostnými poruchami (Praško, Holubová, 2017).

Ako sa Mini-SPIN administruje

Mini-SPIN sa väčšinou používa ako nástroj na skrýning sociálnej fóbie (sociálnej úzkosti, social anxiety disorder). Lekár/psychológ môže použiť otázky z dotazníka Mini-SPIN na určenie toho, či u pacienta je riziko poruchy. Skóre z tohto dotazníka ešte neurčuje, či pacient spĺňa kritériá na stanovenie diagnózy. Skôr je to prvý krok, ktorý lekár/psychológ môže použiť, aby sa zistilo, či je potrebné ďalšie testovanie.

Mini-SPIN pozostáva z troch položiek o **vyhýbaní** sa a strachu z rozpakov, ktoré pacient hodnotí na základe minulého týždňa.

Položky sú posudzované na 5-bodovej **Likertovej škále**: 0 = vôbec nie, 1 = len trochu, 2 = väčšinou, 3 = veľmi veľa, a 4 = extrémne.

Strach z rozpakov u mňa spôsobuje, že sa vyhýbam robeniu vecí alebo hovoreniu s ľuďmi.

Vyhýbam sa aktivitám, v ktorých som v centre pozornosti.

Byť v rozpakoch alebo vyzerat' hlúpo sú medzi mojimi najhoršími obavami.

Škály, ako je táto, sú tiež často používané na výskumné účely, keď chcú výskumníci determinovať mieru problému vo veľkej skupine, alebo na posudzovanie zmien v priebehu času v konkrétnom probléme. V tomto prípade sa môže použiť Mini-SPIN na hodnotenie rizika sociálnej fóbie alebo na hodnotenie zmien v symptómoch sociálnej úzkosti v priebehu času.

Väčšinou sa však krátke hodnotenie ako je Mini-SPIN používalo ako skrýningový test, ktorý odborníkovi napovie, či sa má pýtať viac na ďalšie veci. Preto je dôležité, aby pacient odpovedal čo najpravdivejšie, aj keď sa mu to danej chvíli zdá veľmi trápne.

Dotazník SPIN (Social Phobia Inventory)

SPIN je 17-položkový sebaopisujúci dotazník sociálnej fóbie (sociálnej úzkostnej poruchy).

V škále sa posudzuje minulý týždeň a zahŕňa položky posudzujúce každú symptómovú doménu sociálnej fóbie (strach, vyhýbanie a fyziologické nabudenie)

Dotazník SPIN (Social Phobia Inventory)					
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)				
Označte, prosím, ako veľmi Vás za posledný týždeň obťažovali nasledujúce problémy. Označte, prosím, pre každý problém iba jedno políčko.	Vôbec nie	Trochu	Väčšinou	Veľmi veľa	Extrémne
1. Bojím sa autorít.	0	1	2	3	4
2. Trápi ma červenanie sa pred inými ľuďmi.	0	1	2	3	4
3. Desia ma večierky a spoločenské akcie.	0	1	2	3	4
4. Vyhybam sa rozhovorom s ľuďmi, ktorých nepoznám.	0	1	2	3	4
5. Veľmi sa bojím kritiky od ostatných.	0	1	2	3	4
6. Kvôli strachu zo strápnenia sa vyhybam robeniu určitých vecí alebo hovoreniu s ľuďmi.	0	1	2	3	4
7. Potenie pred ľuďmi mi spôsobuje úzkosť.	0	1	2	3	4
8. Vyhybam sa chodeniu na večierky alebo spoločenské udalosti.	0	1	2	3	4
9. Vyhybam sa aktivitám, v ktorých som stredobodom pozornosti.	0	1	2	3	4
10. Desí ma rozprávať sa s cudzincami.	0	1	2	3	4
11. Vyhybam sa prednesu verejných prejavov.	0	1	2	3	4
12. Urobil/a by som čokoľvek, aby som sa vyhol/vyhla kritike od iných.	0	1	2	3	4
13. Keď som medzi ľuďmi, obťažuje ma búšenie môjho srdca.	0	1	2	3	4
14. Mám strach robiť čokoľvek, pri čom by ma iní ľudia mohli pozorovať.	0	1	2	3	4
15. Najväčší strach mám z toho, že sa strápnim alebo že budem vyzerat' hlúpo.	0	1	2	3	4
16. Vyhybam sa hovoreniu s akoukoľvek autoritou.	0	1	2	3	4
17. Chvenie alebo trasenie sa pred inými ľuďmi mi spôsobuje úzkosť.	0	1	2	3	4

Vyhodnotenie:

Vyhodnotenie (Dotazník SPIN):					
Vážnosť	žiadna	mierna	stredná	vážna	veľmi vážna
Skóre	menej ako 20	21-30	31-40	41-50	51 a viac

Liebowitzova škála symptómov sociálnej fóbie LSAS je podľa Praško, Holubová (2017) typická objektívna hodnotiaca škála administrovaná terapeutom alebo iným hodnotiteľom. Je ju možné použiť od prvého stretnutia, a zmenu je možné hodnotiť pri každom ďalšom stretnutí. Škála hodnotí celkom

24 sociálnych situácií vo dvoch dimenziách - v dimenzii intenzity strachu a v dimenzii závažnosti vyhýbavého správania. Škála má dobrú reliabilitu a konvergentnú, diskriminačnú validitu (Cox et al., 1998; Heimberg et al., 1999; cit. podľa Praško, Holubová, 2017).

LIEBOWITZOVA ŠKÁLA SYMPTÓMOV SOCIÁLNEJ FÓBIE

Inštrukcia: Všetky položky hodnotíte podľa toho, ako ste sa cítili v priebehu posledného týždňa, vrátane dnešného dňa. Pokiaľ sa niektorá zo situácií v priebehu minulého týždňa neobjavila, hodnotíte podľa svojho presvedčenia, ako by ste sa zachovali v prípade, že by ste sa so situáciou konfrontovali. Pre každú situáciu hodnotíte tak stupeň strachu či úzkosti, ako aj frekvenciu, s ktorou ste sa vyhýbali alebo by ste sa vyhýbali.

V nižšie uvedených situáciách prežívam strach:

Žiadny	Mierny	Mierny	Silný
1	2	3	4

Nasledujúcim situáciám sa vyhýbam:

Nikdy (0%)	Príležitostne (1-33%)	Často (34-67%)	Obvykle (68-100%)
1	2	3	4

SITUÁCIE	STRACH	VYHÝBANIE
1. Telefonovať na verejnosti		
2. Zúčastniť sa na aktivite v malej skupine		
3. Jest' na verejnosti		
4. Piť nápoje na verejnosti		
5. Rozhovor s autoritou		
6. Hrať, vystupovať alebo hovoriť pred publikom		
7. Tráviť čas na večierku		
8. Byť pozorovaný pri práci		
9. Byť pozorovaný pri písaní		
10. Telefonovať niekomu, koho dobre nepoznáte		
11. Hovoriť z očí do očí s niekým, koho dobre nepoznáte		
12. Mať schôdzku s cudzím človekom		
13. Používať verejné toalety		
14. Vstúpiť do miestnosti, kde už ostatní sedia		

15. Dostať sa do centra pozornosti
16. Hovoriť na schôdzi bez predchádzajúcej prípravy
17. Podrobiť sa testu schopností, zručností alebo znalostí
18. Vyjadriť nesúhlas alebo námietku človeku, ktorého dobre nepoznáte
19. Pozerať sa priamo do očí niekomu, koho dobre nepoznáte
20. Predniesť pripravenú správu pred skupinou ľudí
21. Dať si schôdzku so snahou nadviazať romantický alebo sexuálny vzťah
22. Vrátiť zakúpený tovar v obchode a žiadať o vrátenie peňazí
23. Usporiadať večierok
24. Odolať tlaku predavača, dílera, či poisťovacieho agenta

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu je plánovaný do 1. roka od jeho vydania kedy má byť vytvorený jednotný komplexný manažment pacienta so sociálnou fóbiou spolu s OPS psychiatria.

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

Literatúra

- AMERICKÁ PSYCHOLOGICKÁ ASOCIÁCIA (APA), sekcia klinickej psychológie (2015)
link <http://www.div12.org/diagnoses/> ÚD I
- ACARTURK, C. et al. 2009. Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. In Psychological Medicine. ISSN 1469-493X, 2009, vol. 39, no. 2, p. 241-254. ÚD I
- ALDEN, L. E., TAYLOR, C. T. 2011. Relational treatment strategies increase social approach behaviors in patients with generalized social anxiety disorder. In Journal of Anxiety Disorders. ISSN 0887-6185, 2011, vol. 25, no. 3, p. 309-318.
- ANDERSSON, G. et al. 2006. Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. In Journal of Consulting and Clinical Psychology. ISSN ,0022-006X, 2006, vol. 74, no. 4, p. 677-686. ÚD II
- ANDREWS, G., DAVIES, M., TITOV, N. 2011. Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. In Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. ISSN 1440-1614, 2011, vol. 45, no. 4, p. 337-340. ÚD II
- AUNE, T., STILES, T. C. 2009. Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: a randomized controlled study. In Journal of Consulting and Clinical Psychology. ISSN ,0022-006X, 2009, vol. 77, no. 5, p. 867-879 ÚD II

- BANDELOW, B. et al. 2014. The Diagnosis of and Treatment Recommendations for Anxiety disorders. In *Deutsches Arzteblatt International*. ISSN 0012-1207, 2014, vol. 111, no. 27-28, p. 473–80. doi: 10.3238/arztebl.2014.0473. ÚD I
- BLANCO, C. et al. 2010. A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN ,0003-990X, 2010, vol. 67, no. 3, p. 286-295. ÚD II
- CARLBRING, P. et al. 2009. Long-term outcome of Internet-delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: a 30-month follow-up. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7894, 2009, vol. 47, no. 10, p. 848-850.
- CARPENTER, J. K. et al. 2018. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trial. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-2101, 2018, vol. 35, no. 6, p. 502-514. ÚD I
- CLARK, D., AGRAS, W. 1991. The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 1991, vol. 148, no. 5, p. 598-605.
- CLARK D. M., WELLS, A. 1995. A cognitive model of social phobia. In R. HEIMBERG, M. LIEBOWITZ, D. A. HOPE, F. R. SCHNEIER. *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York, NY: Guilford Press, 1995, p. 69–93. ISBN 9781572300125.
- CLARK, D. M. et al. 2003. Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 2003, vol. 71, no. 6, p. 1058-1067. ÚD II
- CONNOR, K. M. et al. 2000. Psychometric Properties of the Social Phobia Inventory. In *British Journal of Psychology*. ISSN 2044-8295, 2000, vol. 176, p. 379-386.
- DAVIDSON, J. R. et al. 1977. The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. In *Psychological Medicine*. ISSN 1469-8978, vol. 27, no. 1, p. 161-166.
- DAVIDSON, J. R. et al. 2004. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2004, vol. 61, no. 10, p. 1005-1013.
- DE VENTE, W., MADANŽIC, M., BÖGEL, S. 2014. The Pathophysiology of Social Anxiety. In WILKS J., W. The *Wiley Blackwell Handbook of Social Anxiety Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, 2014. p. 90-110. ISBN 9781119968603.
- DeWIT, D. J. et al. 1999. Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. In *Psychological Medicine*. ISSN 1469-8978, 1999, vol. 29, no. 3, p. 569-582.
- DYCK, I. R. et al. 2001. Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. In *Journal of Personal Disorders*. ISSN 0885-579X, 2001, vol. 15, no. 1, p. 60-71.
- EVANS, D. L. et al. 2012. *Treating and Prevention Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know. A research Agenda for Improving the mental Health of Our Youth*. Oxford : Oxford University Press, 2012. 818p.
- FEDOROFF, I., TAYLOR, S. 2001. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. In *Journal of Clinical Psychopharmacology*. ISSN 1533-712X, 2001, 21, no. 3, p. 311-324 ÚD I
- GELERTNER, C. et al. 1991. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1991, vol. 48, no. 10, p. 938-945. ÚD II
- GUASTELLA, A. J. et al. 2008. A randomized controlled trial of d-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder. In *Biological Psychiatry*. ISSN 0006-3223, 2008, vol. 63, no. 6, p. 544-549.

- HAUG, T. et al. 2003. Exposure therapy and sertraline in social phobia: I-year follow-up of a randomised controlled trial. In *British Journal of Psychiatry*. ISSN 2044-8295, 2003, vol. 182, p. 312-318.
- HEDMAN, E. et al. 2011a. A 5-year follow-up of internet-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. In *Journal of Medical Internet Research*. ISSN 1438-8871, 2011, vol. 13, no. 2, e39. doi: 10.2196/jmir.1776.
- HEDMAN, E. et al. 2011b. Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. In *PLoS One*. ISSN 1932-6203, 2011, vol. 6, no. 3, e18001. ÚD II
- HEIMBERG, R. et al. 1998. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1998, vol. 55, no. 12, p. 1133-1141.
- HOFMANN, S. G. et al. 2006. Augmentation of exposure therapy with d-cycloserine for social anxiety disorder. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2006, vol. 63, no. 3, p. 298-304.
- HOFMANN, S. G., SMITS, J. A. 2008. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 2008, vol. 69, no. 4, p. 621-632. ÚD I
- KAMPMANN, I. et al. 2016. Meta-analysis of technology-assisted interventions for social anxiety disorder. In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 0887-6185, 2016, vol. 42, p. 71-84 doi: 10.1016. ÚD I
- KATZMAN, M. A. et al. 2014. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. In *BMC Psychiatry*. ISSN 1471-244X, 2014, vol. 14, no. 1, S.1. ÚD I
- KENDLER, K. S. et al. 1992. The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1992, vol. 49, no. 4, p. 273-281.
- KESSLER, R. C., STEIN, M. B., BERGLUND, P. 1998. Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 1998, vol. 155, no. 5, p. 613-619.
- KNIJNIK, D. Z. et al. 2008. A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. In *European Psychiatry*. ISSN 0924-9338, 2008, vol. 23, no. 8, p. 567-574.
- KOSZYCKI, D. et al. 2007. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-2007, vol. 45, no. 10, p. 2518-2526. ÚD II
- LIEBOWITZ, M. et al. 1999. Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 1999, vol. 10, no. 3, p. 89-98.
- LIPSITZ, J. D. et al. 2008. A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2008, vol. 25, no. 6, p. 542-553. ÚD II
- MAGEE, W. J. et al. 1996. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1996, vol. 53, no. 2, p. 159-168.
- MAVRANEZOULI, I. et al. 2015. The cost Effectiveness of Psychological and Pharmacological Intervention for Social Anxiety Disorder: A Model- Based Economic Analysis. In *PloS one*. ISSN 1932-6203, 2015, vol. 10, no. 10. doi: 10.1371
- McNEIL, D., RIES, W., TURK, C. L. 1995. Behavioral Assessment: Self-Report, Physiology, and Overt Behavior. In HEIMBERG, R. G., LIEBOVITZ, D. A., HOPE, D. A., SCHNEIER, F. R. Social phobia:

Diagnosis, assesment, and treatment. New York: New York, Guilford Press, 1995. p. 202-231, ISBN 9781572300125.

MEYERBROKER, K., EMMELKAMP, P. M. 2010. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a systematic review of process-and-outcome studies. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2010, vol. 27, no. 10, p. 933-944. ÚD II

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 1996. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. 10.revize. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, č. 134, 179s.

MORTBERG, E. et al. 2007. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*. ISSN 1600-0447, 2007, vol. 115, no. 2, p. 142-154. ÚD II

MORTBERG, E., CLARK, D. M., BEJEROT, S. 2011. Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: sustained improvement at 5-year follow-up. In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 0887-6185, 2011, vol. 25, no. 8, p. 994-1000.

NICE, 2013. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (Clinical Guideline 159). London: National Institute for Health and care Excellence, 2013. Dostupné na internetu: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/chapter/recommendations#identification-and-assessment-of-adults-2> > ÚD I

OPRIS, D. et al. 2012. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2012, vol. 29, no. 2, p. 85-93. ÚD I

OTTO, M. et al. 2000. A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 1520-6394, 2000, vol. 14, no. 4, p. 345-358.

PRAŠKO, J. et al. 2006. Moclobemide and cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia. A six-month controlled study and 24 months follow up. In *Neuro Endocrinology letters*. ISSN 0172-780X, vol. 27, no. 4, p. 473-481.

PRAŠKO, J., HOLUBOVÁ, M. 2017. Sociální fobie a její léčba. Praha: Grada, 2017. p. 256, ISBN 978-80-247-5841-1.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. 1999. Trápí vás nadměrný stud aneb jak překonat sociální fobii. Praha: Grada publishing, 1999. 244s. ISBN 8071697338.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. 2008. Sociální fobie. In SEIFERTOVÁ D., PRAŠKO J., HORÁČEK J., HÖSCHL C. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008, p. 257-274. ISBN 978-80-87135-10-5.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., KOSOVÁ, J., SEIFERTOVÁ, D. 1996. Máte nepřiměřený strach ze sociálních situací? Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 40 s.

PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, H. 2005. Sociální fobie a její léčba: Příručka pro lidi se sociální fobii. Praha: Galén, 2005. p. 64. ISBN 978-80-7262-580-2.

PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. 1999. Psychoterapeutické systémy. Praha: Grada, 1999. p. 480. ISBN 80-7169-766-4.

RAPEE, R. M., HEIMBERG, R. G. 1997. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7894. vol. 35, no. 8, p. 741-756.

ROSHANAEI-MOGHADDAM, B. et al. 2011. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2011, vol. 28, no. 7, p. 560-567.

SCHNEIER, F. R. et al. 1994. Functional impairment in social phobia. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 1994, vol. 55, no. 8, p. 322-331.

SMITS, J. A. et al. 2006. The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposure-based treatment for social anxiety disorder: a controlled investigation. In Behaviour Research and Therapy. ISSN 0005-7894, 2006, vol. 44, no. 12, p. 1773-1785.

STANGIER, U. et al. 2011. Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. In Archives of General Psychiatry. ISSN 0003-990X, 2011, vol. 68, no. 7, p. 692-700.

STEIN, M. B. et al. 1998. A direct-interview family study of generalized social phobia. In American Journal of Psychiatry. ISSN 1535-7228, 1998, vol. 155, no. 1, p. 90-97.

STEIN, M. B., KEAN, Y. M. 2000. Disability and duality of life in social phobia: epidemiologic findings. In American Journal of Psychiatry. ISSN 1535-7228, 2000, vol. 157, no. 10, p. 1606-1613.

SWINSON, R. et al. 2006. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. In Canadian Journal of Psychiatry. ISSN 0706-7437, 2006, vol. 51, no. 2, 9S-91S.

STANGIER, U. et al. 2003. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. In Behaviour Research and Therapy. ISSN 0005-7894, 2003, vol. 41, no. 9, p. 991-1007.

TAYLOR, S. 1996. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. In Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry. ISSN 0005-7916, 1996, vol. 27, no. 1, p. 1-9. ÚD I

TILLFORS, M. et al. 2001. Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: a general population study. In Behavior Research and Therapy. ISSN 0005-7894, 2001, vol. 39, no. 3, p. 289-298.

TILLFORS, M. et al. 2008. Treating university students with social phobia and public speaking fears: Internet delivered self-help with or without live group exposure sessions. In Depression and Anxiety. ISSN 1520-6394, 2008, vol. 25, no. 8, p. 708-717.

WATANABE, N. et al. 2010. Change in quality of life and their predictors in the long-term follow-up after group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: a prospective cohort study. In BMC Psychiatry. ISSN 1471-244X, 2010.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon o sociálnom poistení 461/2003 Z.z.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidita, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

**Andrea Kalavská, v. r.
ministerka**