



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Léčba sociální fobie u dospělých

Autoři: Ján Praško et al.

Garant:

Oponent:

Základní struktura postupu

Postup má tyto hlavní moduly:

1. Diagnostika a vstupní management (Sociální úzkostná porucha, SAD)
2. První linie léčby (12–16 týdnů)
3. Kontrola účinku po 8–12 týdnech
4. Druhá linie a kombinace
5. Rezistence a komplexní případy
6. Dlouhodobá léčba a prevence relapsu
7. Specifické skupiny
8. Literatura

Okénko 1 – Diagnostika a vstupní management (Sociální úzkostná porucha, SAD)

Potvrdit diagnózu dle ICD-11 / DSM-5-TR (vč. vystupování pouze specifikátoru)

- Opřít se o klinický rozhovor a strukturované nástroje (M.I.N.I., SCID-5). V DSM-5-TR je specifikátor *performance-only* (úzkost omezená na výkonové situace, např. veřejné vystoupení); ICD-11 CDDR poskytuje praktické diagnostické popisy a požadavky. (Sheehan et al., 1998; First et al., 2016; APA, 2022; WHO, 2024).

Kvantifikace závažnosti a funkčního dopadu; měření výstupů

- Závažnost SAD: LSAS (clinician/SR), SPIN/mini-SPIN, SIAS/SPS, BFNE; funkce: WSAS; komorbidity: PHQ-9, GAD-7. Doporučeno pravidelně skórovat v akutní fázi á 2–4 týdny. (Beard et al., 2011; Connor et al., 2000; Connor et al., 2001; Mattick & Clarke, 1998; Carleton et al., 2006; Mundt et al., 2002; Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 2006; NICE, 2013/2024; Bandelow et al., 2023).

Bezpečnost a rizika

- Posoudit suicidální riziko (např. C-SSRS), užívání návykových látek (AUDIT-C, DUDIT), tělesné příznaky (tachykardie, třes) a jejich udržovací roli (katastrofické interpretace). (Posner et al., 2011; Bush et al., 1998; Berman et al., 2010; NICE, 2013/2024).

Diferenciální diagnostika (viz tabulka níže)

- Agorafobie/panická porucha, vyhubavá porucha osobnosti (AVPD), autismus/ASC, selektivní mutismus, tělesná dysmorfofobie (BDD), poruchy řeči (kóktavost), deprese. (Bandelow et al., 2021; Muris & Ollendick, 2021; Aghakishiyeva et al., 2023; Dietel et al., 2021; NICE, 2013/2024).

Psychoedukace a vstupní intervence

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Vysvětlit model SAD (strach z negativního hodnocení, sebe-fokus, bezpečnostní chování), domluvit krátký krizový plán: mini-expozice (krátké, řízené vstupy do obávaných situací), grounding, dechová regulace; nastavit měření výstupů (např. SPIN/WSAS) a plán kroků. (Rapee & Heimberg, 1997; Leigh et al., 2021; NICE, 2013/2024).

Tabulka A – Škály a nástroje (výběr)

Nástroj	K čemu slouží	Kdy použít	Poznámka / cut-off
LSAS (klinik/SR)	Závažnost SAD (strach + vyhýbání)	Vstup, průběžně a 4 týdny, před/po léčbě	Standard pro výzkum/kliniku; bez univerzálního diagnostického cut-off; sledovat změnu. (Beard et al., 2011).
SPIN (17 položek)	Screening + změna závažnosti	Vstup, monitoring	≥ 19 navrhované pro podezření na SAD. (Connor et al., 2000).
mini-SPIN (3 položky)	Rychlý screening	Triage, primární péče	Cut-off ≥ 6 (sens. ~89 %, spec. ~90 %). (Connor et al., 2001).
SIAS/SPS	Obavy z interakcí / ze zkoumání	Upřesnění fenotypu, výzkum	Už. pro profil; cut-offy se liší dle populace. (Mattick & Clarke, 1998).
BFNE / BFNE-II	Strach z negativního hodnocení	Cílení kognitivní práce	Bez jednotného cut-off; vhodné pro kazuistické cíle. (Carleton et al., 2006).
WSAS	Funkční dopad	Vstup, průběžně, při ukončení	5 položek, praktické pro MBC. (Mundt et al., 2002).
PHQ-9 / GAD-7	Komorbidní deprese / úzkost	Screening komorbidit	Validované v běžné praxi. (Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 2006).
AUDIT-C / DUDIT	Alkohol / drogy	Bezpečnost, plán léčby	Krátké, validované. (Bush et al., 1998; Sinadinovic et al., 2010).
C-SSRS	Suicidální riziko	Při vstupu a změně stavu	Standardizované hodnocení rizika. (Posner et al., 2011).

Tabulka B – Diferenciální diagnostika (praktický přehled)

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Stav	Jak odlišit od SAD	Co pomůže v praxi
Agorafobie / panická porucha	Dominují obavy z nemožnosti úniku/pomoci a panické ataky; strach není primárně z hodnocení druhých.	Přítomnost spontánních atak + vyhýbání dopravě/otevřeným místům. Řiďte se DGPPN/NICE. (Bandelow et al., 2021; NICE, 2013/2024).
AVPD (vyhýbavá porucha osobnosti)	Pervazivní vzorec od adolescence, rigidní sebeobraz „nedostatečnosti“, vyšší pervazivita než u SAD.	Zvažte SCID-5-PD; častá komorbidita se SAD, vyšší závažnost. (Aghakishiyeva et al., 2023; Bandelow et al., 2021).
Autismus/ASC	Deficity sociální komunikace, senzorké zvláštnosti, odlišná vývojová trajektorie; SAD může být komorbidní.	Vývojová anamnéza; u ASC často odlišné mechanismy úzkosti. (Muris & Ollendick, 2021; Montaser et al., 2023).
Selektivní mutismus (spíše děti/dospívající)	Neschopnost mluvit v určitých situacích; úzce spjat se SAD, ale fenotyp je specifický.	Nutná spolupráce s logopedií/školou. (Muris & Ollendick, 2021).
BDD (tělesná dysmorfobie)	Převaha obav z „vady“ vzhledu a kontrolního chování; sociální úzkost sekundární.	Cíleně se ptejte na kontrolu vzhledu, maskování; vysoká komorbidita se SAD. (Dietel et al., 2021).

Komentář k Okénku 1:

Mezinárodní doporučení (NICE CG159; DGPPN S3; WFSBP 2023; japonská CPG 2023) shodně zdůrazňují strukturované vstupní posouzení s potvrzením diagnózy (SCID-5/M.I.N.I.), měřením výstupů (LSAS/SPIN/WSAS) a screeningem rizik (suicidální riziko, SUD) jako základ krokové péče. DSM-5-TR přináší užitečný specifikátor *performance-only*, který vede k odlišnému praktickému plánování (např. cílené expoziční úkoly a v další fázi možnost beta-blokátoru ad hoc); ICD-11 CDDR nabízí klinicky srozumitelné popisy a požadavky na diagnostiku v každodenní praxi. Diferenciální diagnostika musí odlišit AVPD (pervazivní vzorec, osobnostní rigidita) a ASC (vývojové odlišnosti), kde je běžná komorbidita se SAD – volíme proto jasnou psychoedukaci ke Clark–Wells / Rapee–Heimberg modelu (sebe-focus, negativní obraz, zabezpečovací chování) a už od vstupu plánujeme mini-expozice s pravidelným skórováním. (NICE, 2013/2024; Bandelow et al., 2021; Bandelow et al., 2023; Asakura et al., 2023; APA, 2022; WHO, 2024; Rapee & Heimberg, 1997; Leigh et al., 2021).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Okénko 2 – První linie léčby (12–16 týdnů)

Psychoterapie (preferovaná volba):

- **Individuální KBT pro SAD (modely Clark & Wells):** psychoedukace, práce s „modelem“ SAD (self-fokus, vyhýbání/bezpečnostní chování), behaviorální experimenty, interoceptivní i in-vivo expozice bez bezpečnostních strategií, trénink pozornosti a video-feedback; 10–14 sezení + domácí úkoly. (Sinadinovic et al., 2023; NICE, 2013/2024).
- **Skupinová KBT (Heimbergův model):** expoziční hierarchie, nácvik sociálních dovedností jen při reálném deficitu; vhodná varianta při preferenci skupiny či omezené dostupnosti individuální KBT. (NICE, 2013/2024; DGPPN S3, 2021).
- **Doplňky cílené na klíčové mechanismy:**

- **Přepis v imaginaci** epizod studu/ponížení a intruzivní sociální vzpomínky, často jako modul v rámci KBT. (Lloyd et al., 2022).
- **Self-compassion prvky** (např. práce s ostrostí sebekritiky) u části pacientů zvyšují snášenlivost expozic; vnímat jako doplněk, nikoli náhradu KBT. (Zainal et al., 2024).

Digitální/online formy:

- **iKBT / internetová KBT** (guidovaná): prokazatelně účinná; **internetová kognitivní terapie pro SAD (iKT-SAD)** je srovnatelná s face-to-face KBT při menším terapeutickém čase a dobře přenositelná mezi kulturami. Zvažte tele-CBT a blended-care při omezené dostupnosti. (Wild et al., 2023; Thew et al., 2022; Nordh et al., 2021).
- **Virtuální realita (VR) – expozice:** u SAD srovnatelná s in-vivo expozicí a lepší než čekací listina; užitečná zejména pro veřejné vystupování a interakční obavy, pokud je dostupná. (Kampmann et al., 2016; Bouchard et al., 2017; Carl et al., 2019).

Farmakoterapie (monoterapie) – indikace při preferenci pacienta, komorbiditách nebo nedostupnosti KBT:

- První volba: SSRI (sertralin, escitalopram, paroxetin, fluvoxamin CR**/**fluoxetin*), SNRI (venlafaxin XR). (WFSBP, 2023; DGPPN S3, 2021; NICE, 2013/2024).
- Performance-only SAD: propranolol PRN před specifickou výkonovou situací může zmírnit somatické projevy (třes, palpitace), důkazy jsou omezené; nehodí se pro generalizovanou SAD. Typicky 10–40 mg per os ~30–60 min před výkonem; vyhnout se u astmatu, AV blokády, bradykardie. (Steenen et al., 2016; BNF, 2025; Hartley et al., 1983).

Co nedělat u SAD: Dlouhodobé benzodiazepiny, antipsychotika a antikonvulziva se rutinně nedoporučují. (NICE, 2013/2024).

Dávkovací tabulka (dospělí) – doporučené rozsahy a bezpečnost

Lék	Zahájení	Obvyklý cílový rozsah	Poznámky k bezpečnosti
-----	----------	-----------------------	------------------------

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Sertralin	50 mg qd	50–200 mg qd (titrace po ≥ 1 týdnu)	Nausea, insomnie; titrovat pomalu; \uparrow riziko krvácení s OAC/antiagregancii. (BNF; FDA Zoloft).
Escitalopram	10 mg qd	10–20 mg qd	QTc: u starších max 10 mg; pozor na interakce; vyhnout se s jinými QT-prodlouž. léky. (BNF; MHRA).
Paroxetin (IR)	20 mg qd	20–40(–60) mg qd	Anticholinergní NÚ, přibývání na váze; vysazovat velmi pomalu (discontinuation). (FDA Paxil).
Fluvoxamin CR	100 mg qhs	100–300 mg qd	Inhibitor CYP1A2/2C19; mnoho interakcí; somnolence, nauzea. (FDA Luvox CR label).
Fluoxetin*	10–20 mg qd	20–60 mg qd	Dlouhý $t_{1/2}$; aktivující; důkazy pro SAD méně robustní než u jiných SSRI. (RCT a přehledy).
Venlafaxin XR	75 mg qd [†]	75–225 mg qd (\uparrow po ≥ 1 týdnu)	\uparrow TK v dávkách ≥ 150 –225 mg; opatrně při úzkosti/insomnii na začátku. (FDA Effexor XR; BNF).

Pozn.: Fluoxetin má pro SAD smíšenější evidenci než sertralin/paroxetin/venlafaxin; zvažte až po SSRI/SNRI s robustnější podporou. (Mayo-Wilson et al., 2014; WFSBP 2023).

[†]U citlivých lze 37,5 mg qd po 4–7 dnech navýšit na 75 mg. (FDA; forma XR).

Bezpečnost – podstatné body:

- QTc: hlídat u escitalopramu (a citalopramu, pokud je zvažován off-label); dodržet dávkové limity a vyhnout se kombinacím s dalšími QT-prodloužujícími látkami; EKG u rizik. (MHRA).
- Krvácení: SSRI/SNRI \times antikoagulancia/antiagregancia \rightarrow \uparrow riziko velkého krvácení zejména v prvních 1–3 měsících; zvažte gastroprotektici a pečlivý monitoring. (Rahman et al., 2024).
- BZD: u SAD ne jako dlouhodobá léčba (tolerance, závislost, zhoršení vyhýbání). (NICE, 2013/2024).

Komentář

Mezinárodní guideline (NICE, DGPPN S3, WFSBP) se shodují, že terapie první volby je KBT cílená na mechanismy SAD; farmakoterapie (SSRI/SNRI) je rovnocenná alternativa či doplněk podle preferencí, komorbidit a dostupnosti. (NICE, 2013/2024; DGPPN, 2021; Baldwin et al., 2023). Internetové formy (iKT-SAD/iKBT) mají silnou evidenci včetně RCT a šetří terapeutický čas; VR-expozice je účinná a praktická, pokud jsou k dispozici zdroje. (Wild et al., 2023; Thew et al., 2022; Kampmann et al., 2016; Carl et al., 2019). Benzodiazepiny se u SAD nedoporučují; u performance-only lze zvážit propranolol PRN na tělesné symptomy, s vědomím slabší evidence a kontraindikací. (NICE, 2013/2024; Steenen et al., 2016; BNF).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Okénko 3 – Kontrola účinku po 8–12 týdnech

Hodnocení odpovědi (measurement-based care):

- Každé 2–4 týdny skórujte LSAS a/nebo SPIN a funkční dopad WSAS; vždy zapište adherenci, domácí úkoly a míru/kvalitu expozičních (Beard et al., 2011; Connor et al., 2000; Mundt et al., 2002; NICE, 2013).
- Při rozhodování vycházejte z trendu (klinicky významné zlepšení a funkční zisk) a z kontrolního rozhovoru (NICE, 2013; Bandelow et al., 2023).

Dobrá odpověď / remise:

- Pokračujte v probíhající modalitě beze změny do udržovací fáze; naplánujte prevenci relapsu a případná booster sezení (NICE, 2013; Asakura et al., 2023).

Částečná odpověď:

- Zintenzivněte KBT: častější sezení, více in-vivo expozičních s důrazem na odstranění zabezpečovacího chování a na externí fokus pozornosti; využijte video-feedback/behaviorální experimenty (McManus et al., 2008; NICE, 2013).
- Ověřte a posilte adherenci (domácí úkoly, plán expozičních, attendance); upravte přepis v imaginaci u epizod studu/ponížení podle potřeby (Lloyd et al., 2022).
- Vytitrujte SSRI/SNRI do horní části tolerovaného účinného rozmezí (Bandelow et al., 2023; DGPPN, 2021).

Nedostatečná odpověď (po adekvátním pokusu 8–12 týdnů):

- Switch farmak v rámci SSRI (např. paroxetin ↔ sertralin/escitalopram) nebo na SNRI (venlafaxin XR) podle tolerance/komorbidit (Bandelow et al., 2023; DGPPN, 2021).
- Přidejte chybějící modalitu: pokud dosud jen farmaka → KBT specificky pro SAD (Clark-Wells/Heimberg); pokud dosud jen psychoterapie → SSRI/SNRI s nejlepší evidencí (NICE, 2013; Bandelow et al., 2023).
- Zvažte skupinovou KBT (Heimberg) s hraním rolí, zvláště při výrazném situačním vyhýbání nebo potřebě nácviku dovedností (NICE, 2013; Mayo-Wilson et al., 2014).
- Pokud je dostupná, využijte tele-/iKBT pro zvýšení „dávky“ terapie nebo překlenutí dostupnosti (Wild et al., 2023).

Komentář:

Kroková péče u SAD stojí na pravidelném měření výstupů a dostatečné „dávce“ expozičních bez zabezpečovacího chování; právě kvalita expozičních (externí fokus, real-life in-vivo, behaviorální experimenty) je zásadním prediktorem dalšího zlepšování (McManus et al., 2008; NICE, 2013). Při částečné odpovědi je racionální zintenzivnit KBT a dotitrovat SSRI/SNRI; při non-responzi přidat chybějící modalitu a provést switch farmak v rámci třídy či na SNRI. Důkazy dlouhodobě favorizují KBT specificky zaměřenou na mechanismy SAD, farmakoterapie je ekvivalentní alternativa/doplňek a skupinová KBT s hraním rolí je užitečná u výrazné sociální vyhýbavosti (NICE, 2013; Bandelow et al., 2023; Mayo-Wilson et al., 2014; Wild et al., 2022).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Okénko 4 – Druhá linie a kombinace

Switch (po nedostatečné odpovědi na 1. linii):

- Změna v rámci třídy na jiný SSRI (např. paroxetin ↔ sertralin/escitalopram) nebo přechod na SNRI (venlafaxin XR) dle tolerance, komorbidit a preferencí. Doporučují mezinárodní guideline; účinnost venlafaxinu XR u SAD potvrzují RCT (Liebowitz et al., 2005; NICE, 2013/2024; Bandelow et al., 2023).

MAOI (třetí linie u TR-SAD, specializovaná pracoviště):

- Fenelzin (u nás nedostupný) má robustní historické RCT důkazy a je doporučován po selhání SSRI/SNRI; nutný dietní a lékový režim a edukace o interakcích (Liebowitz et al., 1990; Blanco et al., 2010; NICE, 2013/2024).
- Moklobemid: dostupný v některých zemích, smíšená/slabší evidence vs. placebo a jiná AD; lze zvážit, pokud je preferován či lépe tolerován (Stein et al., 2002; Bandelow et al., 2015; Asakura et al., 2023).

Kombinace KBT + farmakoterapie:

- U středně těžkých/těžkých případů a částečné odpovědi je racionální přidat chybějící modalitu (farmako ↔ KBT). Některé studie naznačují přínos sertralinu + expozice (primární péče), jiné nenašly jednoznačnou nadřazenost kombinace proti monoterapiím; japonská CPG (2023) u „kombinace vs. monoterapie“ nevydává silné doporučení (Blomhoff et al., 2001; Otto et al., 2010; Asakura et al., 2023).

Krátkodobé benzodiazepiny – jen výjimečně:

- Nejsou doporučeny rutinně u SAD; lze zvážit krátkodobě u akutní výkonové situace bez SUD a s jasným plánem vysazení. Historická RCT s klonazepamem ukazují účinnost, ale vzhledem k riziku závislosti a interferenci s expozičním učením je dlouhodobé podávání nevhodné (NICE, 2013/2024; Davidson et al., 1993).

Doplňky k psychoterapii ve 2. linii:

- U persistujících interakčních obav přidejte skupinovou KBT (Heimberg) a role-play trénink; preferujte protokoly zaměřené na odbourávání bezpečnostních chování a video-feedback. (NICE, 2013/2024).

Komentář:

Druhá linie stojí na racionálním switchi (jiný SSRI/SNRI) a doplnění chybějící modality (KBT ↔ farmako). Venlafaxin XR má dobré RCT podklady a je validní volbou po SSRI (Liebowitz et al., 2005). Fenelzin zůstává účinnou, ale u nás nedostupnou možností pro TR-SAD s nutností přísného monitoringu a edukace o interakcích; moklobemid má slabší a heterogenní evidenci a je méně preferovanou volbou (Liebowitz et al., 1990; Stein et al., 2002; Bandelow et al., 2015; NICE, 2013/2024). Kombinace KBT + AD může být užitečná u těžších případů nebo při parciální odpovědi (např. sertralin + expozice v primární péči), ale ne vždy převyšuje monoterapie; doporučení jsou obezřetná a zdůrazňují individualizaci (Blomhoff et al., 2001; Otto et al., 2010; Asakura et al., 2023). Benzodiazepiny zůstávají rezervou pro krátké situace (výkon), jinak ne – v souladu s NICE.

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Okénko 5 – Rezistence a komplexní případy

- **Definice TR-SAD:** perzistence klinicky významných symptomů a/nebo funkčního postižení po ≥ 1 kvalitním, poruchově specifickém kurzu KBT-SAD a ≥ 2 adekvátních farmakologických pokusech (SSRI/SNRI) s ověřenou adherencí a dostatečnou délkou/ dávkou; před další eskalací vždy re-posoudit diagnózu, komorbiditu, bezpečnostní chování a kvalitu expozičních (NICE, 2013/2024; Bandelow et al., 2023).
- **Psychoterapie – intenzifikace a cílené moduly (preferovaná strategie):**
 - Intenzivní/massed KBT: zvažte zhuštěné formáty (např. 7denní iKBT/iKT-SAD) – RCT ukazuje dobrou proveditelnost a klinický efekt u dospělých se SAD (Steele et al., 2025).
 - Přepis v imaginaci pro intruzivní stud/ponížení a negativní sebe-obraz; systematický přehled podporuje účinnost jako doplněk KBT (Lloyd & Marczak, 2022).
 - Nácvik pozornosti (ATT) a meta-kognitivní přístupy: jako adjuvans u přetrvávajícího sebe-fokusu/rušivých obav; data jsou menší (Amir et al., 2009; Nordahl et al., 2018).
- **Farmakoterapie (omezená/heterogenní evidence v TR-SAD):**
 - Fenelzin (MAOI): účinný v RCT, indikovat jen na specializovaných pracovištích s dietními/lékovými restrikcemi, u nás je však nedostupný (Heimberg et al., 1998; Blanco et al., 2010).
 - Gabapentinoidy: gabapentin měl účinek v placebem kontrolovaném RCT (Pande et al., 1999); pregabalin ukázal signál účinku v RCT (zejm. 600 mg/den), ale celkově není prvořadě doporučován a data jsou heterogenní (Pande et al., 2004; Feltner et al., 2011). Zvažujte adjuvantně a individuálně.
 - Augmentace antipsychotiky: nedoporučuje se (smíšené/otevřené studie, rizika NÚ); současná doporučení je nezahrnují mezi standardní volby u SAD (Asakura et al., 2023; Simon et al., 2006 – otevřené).
 - D-cykloserin (DCS) k facilitaci expoziční: výsledky nekonzistentní; i novější RCT ukazuje jen limitovanou/variabilní augmentaci – považovat za experimentální (Smits et al., 2020; Smits et al., 2013).
- **Case-management a funkční rehabilitace:** systematicky redukovat vyhýbání a zabezpečovací chování, plánovat in-vivo úkoly (prezentace, rozhovory, jednání), hraní rolí s peery, podpora návratu do školy/práce; průběžné skórování (LSAS/SPIN, WSAS) a úpravy podle dat (NICE, 2013/2024).
- **Hospitalizace/ intenzivní programy: výjimečně** – při závažné komorbiditě (MDD, SUD), suicidálním riziku či selhání ambulantního režimu; cílem je umožnit řízené expoziční a stabilizaci léčebného režimu (NICE, 2013/2024).

Komentář

U TR-SAD je podstatné zvýšit „dávku“ a kvalitu expozičních a cílit udržovací mechanismy (sebe-zaměření, zabezpečovací chování). Doplnky jako přepis v imaginaci nebo ATT/metakognitivní postupy mohou pomoci u „uvíznutí“ v negativním sebe-obrazu a ruminacích, byť mimo hlavní doporučení stojí na menších studiích (Lloyd & Marczak, 2022; Amir et al., 2009; Nordahl et al., 2018). Farmakologické eskalace mají u TR-SAD omezenou a heterogenní evidenci: fenelzin zůstává účinnou, ale u nás nedostupnou možností na specializovaných pracovištích, gabapentin lze zvážit adjuvantně u vybraných pacientů; antipsychotika se pro SAD nedoporučují. D-cykloserin zůstává experimentální s rozporupnými výsledky. Celkově postupujte krokovou péčí s měřením výstupů a preferencí pacienta; pokud je dostupné, lze využít i intenzivní/massed formáty (vč. krátkých iKBT/iKT-SAD programů). (NICE, 2013/2024; Bandelow et al., 2023; Steele et al., 2025).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Okénko 6 – Dlouhodobá léčba a prevence relapsu

Kontinuace farmakoterapie a ukončování léčby

- Po dosažení remise udržujte účinnou dávku SSRI/SNRI minimálně 12–18 měsíců, zejména u těžšího průběhu nebo opakovaných epizod; poté vysazujte pomalu (týdny–měsíce) se sledováním relapsu a příznaků z vysazení. (NICE, 2013/2024; Bandelow et al., 2023; Asakura et al., 2023).
- Riziko relapsu po vysazení AD je u úzkostných poruch významně vyšší než při pokračování; metaanalýza ukazuje zřetelné zvýšení rizika relapsu do 12 měsíců po ukončení. (Batelaan et al., 2017).
- U vysazování preferujte pomalé, „hyperbolické“ vysazovací schéma (zmenšování dávek po menších krocích v nižších rozmezech); pomáhá snížit míru vysazovacích potíží. (Horowitz & Taylor, 2019).
- U pacientů s vysokým rizikem relapsu (časný nástup, těžký průběh, komorbidita) zvažte delší udržování; rozhodujte sdíleně s pacientem. (NICE, 2013/2024; Bandelow et al., 2023).

Booster KBT a udržování dovedností

- Po úspěšné KBT naplánujte booster sezení (typicky 3–6 krátkých kontaktů během 6–12 měsíců) zaměřených na: pokračující in-vivo expozice, redukci zabezpečovacího chování, práci se sebe-fokusem a negativními obrazy. (NICE, 2013/2024; Curtiss & Andrews, 2021).
- Dlouhodobé výsledky po KBT se udržují a mohou se dále zlepšovat i ≥12 měsíců po skončení léčby; podporuje to důraz na pokračování expozičních cvičení v běžném životě. (Kindred et al., 2022).

Self-management a prevence relapsu

- Společně s pacientem vytvořte plán prevence relapsu: časné varovné signály (návrat vyhýbání, nárůst sebe-zaměření), rychlý „** návrat k expozicím**“ (krátké mikro-expozice několikrát týdně), pravidelné behaviorální experimenty a video-feedback u výkonových situacích. (NICE, 2013/2024; Asakura et al., 2023).
- Životní styl: spánková hygiena, omezit alkohol a kofein (které mohou potencovat somatické projevy úzkosti), postupný návrat do sociálních rolí (škola/práce) s podporou hierarchie situací. (NICE, 2013/2024; Asakura et al., 2023).

Organizace péče a měřením řízené sledování (MBC)

- V udržovací fázi pokračujte v pravidelném skórování LSAS/SPIN a WSAS (např. každé 2–3 měsíce) a při zhoršení proveďte rychlou re-aktivaci KBT postupů nebo zvažte návrat k farmakoterapii. (NICE, 2013/2024).
- U farmakoterapie po stabilní remisi plánujte kontrolu do 4–6 týdnů po snížení dávky, dále dle kliniky; při relapsu obnovte poslední účinnou dávku a dohodněte pomalejší vysazování (Bandelow et al., 2023; NICE, 2013/2024).

Komentář



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Dlouhodobá stabilita u SAD stojí na udržení naučených dovedností z KBT (expoze, práce se sebe zaměřením a zabezpečovacím chováním) a na pomalém, plánovaném vysazování farmakoterapie. Aktuální guideline doporučují kontinuaci SSRI/SNRI 12–18 měsíců po remisi a pomalé vysazování; data z metaanalýz potvrzují výrazně vyšší riziko relapsu po vysazení oproti pokračování léčby (Batelaan et al., 2017; Horowitz & Taylor, 2019; NICE, 2013/2024; WFSBP 2023). KBT má trvalé efekty, které se mohou dále zlepšovat po ukončení léčby, proto dává smysl naplánovat booster kontakty a udržovat mikro-expozice v běžném životě (Kindred et al., 2022; Curtiss & Andrews, 2021).

Okénko 7 – **Specifické skupiny**

Adolescenti / mladí dospělí

- Psychoterapie 1. volby: poruchově specifická KBT pro SAD (expoze, behaviorální experimenty, práce se self-fokusem), s důrazem na školní/vrstevnický kontext a spolupráci s rodinou. Skupinová KBT a social-skills trénink jsou vhodné, pokud je skutečný deficit dovedností. (Walter et al., 2020; NICE, 2013/2024).
- Digitální formy: u mladých lze využít vedené iKBT/tele-KBT; volba podle dostupnosti a preferencí. (Walter et al., 2020; NICE, 2013/2024).
- Farmaka: u středně těžkých/těžkých případů nebo selhání/odmítnutí KBT lze zvážit SSRI; vždy sledovat suicidální riziko a podporovat pokračující expoze. (Walter et al., 2020; NICE, 2013/2024).

Senioři

- „Start low–go slow“ u SSRI/SNRI; monitorujte hyponatrémii a riziko pádu (zvýšené u SSRI, zejména v prvních týdnech). Preferovat sertralin pro nižší interakční potenciál, přizpůsobit tempo KBT (kratší bloky, více opakování). (American Geriatrics Society, 2023; De Picker et al., 2014; Coupland et al., 2011; NICE, 2013/2024).

Těhotenství / kojení

- Preferenčně psychoterapie (KBT); při nutnosti farmakoterapie je obvyklou volbou sertralin (sdílené rozhodování, spolupráce s gynekologem). Vyhnout se dlouhodobému užívání benzodiazepinů. Při kojení je sertralin preferovaný SSRI. (ACOG, 2023; SPS, 2023; NICE, 2013/2024).

ASC (autismus) / AVPD (vyhýbavá porucha osobnosti)

- Adaptace KBT: jasné kroky, více nácviku dovedností, video-feedback, delší příprava na expoze; u AVPD nastavovat realistické cíle a adresovat rigidní sebepojetí. (Spain et al., 2015; Lampe & Malhi, 2018; NICE, 2013/2024).
- V případě výrazné poruchy sociální komunikace (ASC) je vhodné explicitní nácvik sociálních dovedností trénování a podpora generalizace mimo terapii. (Spain et al., 2015).

SUD (poruchy užívání návykových látek)

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Vyhnout se benzodiazepinům (riziko závislosti/relapsu). Volit integrovanou péči (současná léčba SUD i SAD), farmaka bez abúzivního potenciálu (SSRI/SNRI), KBT pokračuje s redukcí bezpečnostních chování a systematickými expozicemi. (NICE, 2013/2024; Bandelow et al., 2023).

Shrnutí: U všech skupin platí stejná logika: expozice + práce s kognicemi a zabezpečovacím chováním. Úpravy cílů na tempo, formu doručení (iKBT/tele-KBT), dovednosti a bezpečnost (hyponatrémie/pády u seniorů; perinatální rizika; zákaz BZD u SUD). (NICE, 2013/2024; Bandelow et al., 2023; Walter et al., 2020).

Komentář k Okénku 7:

Doporučení se napříč guideline shodují: u mladistvých má přednost KBT s rodinnou spoluprací; farmaka jsou zvažována při nedostatečné odpovědi či nedostupnosti KBT a s pečlivým monitoringem suicidality (Walter et al., 2020; NICE, 2013/2024). U seniorů je nutná opatrnost kvůli hyponatrémii a pádům (De Picker et al., 2014; AGS, 2023) a úprava tempa psychoterapie. V perinatální péči je preferována psychoterapie, při farmakoterapii bývá volen sertralin, a BZD se nemají užívat dlouhodobě (ACOG, 2023; SPS, 2023). U ASC/AVPD vyžaduje léčba strukturaci a nácvik; u AVPD realistické, postupné cíle (Spain et al., 2015; Lampe & Malhi, 2018). U SUD platí integrace léčby, vyhýbání se BZD a setrvalá KBT s expozicemi (NICE, 2013/2024; Bandelow et al., 2023).

Okénko 8 – Somatika a lékové interakce (kardiologie/neurologie)

QTc a arytmie

- Citalopram/escitalopram: dodržet dávkové limity a vyhýbat se kombinacím s dalšími QT-prodloužujícími léky; u rizika (věk, CHD, elektrolytové odchylky, polypragmatie) EKG před titrací a při komedikaci (MHRA, 2014; Waller et al., 2022; Ray et al., 2017).
- TCA u SAD spíše ne (kardiotoxičtější profil, QTc/vede k ortostatické hypotenzi); v CHD preferujte SSRI (SPS, 2025; GPNotebook, 2022).

Krvácení (SSRI/SNRI × antiagregancia/antikoagulancia)

- Kombinace SSRI se zvyšuje riziko velkého krvácení u pacientů na perorálních antikoagulanciích, nejvíce v prvních 1–3 měsících; zvažte PPI gastroprotekcii, edukaci o krvácivých projevech a pečlivé sledování (Rahman et al., 2024).

Serotoninový syndrom (SS)

- Linezolid + SSRI/SNRI/MAOI: riziko SS je doložené (systematické přehledy/observační data); nutná pečlivá indikace, sledování a zvažte dočasné přerušování/náhradu serotonergní léčby (Elbabry et al., 2023; Kufel et al., 2023).
- Triptany, tramadol, dextromethorfan s SSRI/SNRI: SS je vzácný, nicméně doplňte edukaci (varovné symptomy, postup při výskytu); zohledněte individuální rizika a dávky (Evans et al., 2010; Jin et al., 2021).

Neurologická léčiva / antiepileptika (ASM)

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Enzymové induktory (např. karbamazepin, fenytoin, fenobarbital) mohou snižovat hladiny AD (riziko selhání léčby); naopak některá AD mohou ovlivnit hladiny ASM – vyžaduje to kontrolu interakcí (SPS, 2021; Zaccara et al., 2023).
- Pro konkrétní kombinace využijte BNF Interactions; typicky karbamazepin ↓ hladiny sertralinu/citalopramu a společné riziko hyponatrémie (BNF, 2025).
- Stimulancia/atomoxetin: opatrnost u výrazné úzkosti; některá SSRI (CYP2D6 inhibitory) mohou zvyšovat koncentrace atomoxetinu → preferujte sertralin či jiné nízko-interakční volby (HPFT, 2025).

Kardiologie – preferovaná antidepresiva

- U ischemické choroby srdeční/CHD je sertralin bezpečná první volba (SPS, 2025; Seifouri et al., 2024).

Prakticky: u pacientů s CHD a/nebo polypragmazi pečujte o EKG, elektrolyty (K^+/Mg^{2+}), interakce (BNF), a edukaci (krvácení, příznaky SS). V první volbě preferujte sertralin; vyhýbejte se TCA a dlouhodobým BZD.

Komentář:

Bezpečnostní pravidla pro SAD kopírují GAD/PP: sertralin je volba u CHD, citalopram/escitalopram vyžadují dávkové limity a EKG u rizikových pacientů (MHRA, 2014; SPS, 2025). SSRI/SNRI v kombinaci s OAC/antiagregancii zvyšují krvácivé riziko – zvláště zpočátku (Rahman et al., 2024). Linezolid s serotonergní léčbou může vyvolat serotoninový syndrom, proto je na místě zvýšená ostražitost; triptany/tramadol/dextromethorfan přinášejí spíše mírné a vzácné riziko, ale edukace je nutná (Elbabry et al., 2023; Evans et al., 2010). U antiepileptik myslíte na CYP indukci/inhibici a vyhledejte konkrétní interakce (SPS, 2021; BNF). Celkově platí: minimalizace QTc rizika, monitoring krvácení, prevence SS a preferenční volba sertralinu u kardiálních pacientů.

Literatura

Aghakishiyeva T, Özdel K. Theory of Mind in Social Anxiety Disorder and Avoidant Personality Disorder Comorbidity. *Noro Psikiyatrs Ars.* 2023 Nov 14;60(4):316-321. doi: 10.29399/npa.28368. PMID: 38077841; PMCID: PMC10709699.

Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. *Obstet Gynecol.* 2023 Jun 1;141(6):1262-1288. doi: 10.1097/AOG.0000000000005202. PMID: 37486661.

By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023 Jul;71(7):2052-2081. doi: 10.1111/jgs.18372. Epub 2023 May 4. PMID: 37139824; PMCID: PMC12478568.

American Psychiatric Association. DSM-5-TR Fact Sheet: Social Anxiety Disorder. Washington, DC: APA; 2022. ([psychiatry.org](https://www.psychiatry.org))



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Amir N, Beard C, Taylor CT, Klumpp H, Elias J, Burns M, Chen X. Attention training in individuals with generalized social phobia: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2009 Oct;77(5):961-973. doi: 10.1037/a0016685. PMID: 19803575; PMCID: PMC2796508.

Asakura S, Yoshinaga N, Yamada H, Fujii Y, Mitsui N, Kanai Y, Inoue T, Shimizu E. Japanese Society of Anxiety and Related Disorders/Japanese Society of Neuropsychopharmacology: Clinical practice guideline for social anxiety disorder (2021). *Neuropsychopharmacol Rep*. 2023 Sep;43(3):288-309. doi: 10.1002/npr2.12365. Epub 2023 Aug 25. PMID: 37624975; PMCID: PMC10496046.

Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DLDC, Denys D, Dilbaz N, Domschke K, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, Eriksson E, Fineberg NA, Hättenschwiler J, Kaiya H, Karavaeva T, Katzman MA, Kim YK, Inoue T, Lim L, Masdrakis V, Menchón JM, Miguel EC, Nardi AE, Pallanti S, Perna G, Rujescu D, Starcevic V, Stein DJ, Tsai SJ, Van Ameringen M, Vasileva A, Wang Z, Zohar J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part II: OCD and PTSD. *World J Biol Psychiatry*. 2023 Feb;24(2):118-134. doi: 10.1080/15622975.2022.2086296. Epub 2022 Jul 28. PMID: 35900217.

Bandelow B, Werner AM, Kopp I, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. The German Guidelines for the treatment of anxiety disorders: first revision. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022 Jun;272(4):571-582. doi: 10.1007/s00406-021-01324-1. Epub 2021 Oct 5. PMID: 34609587; PMCID: PMC8490968.

Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol*. 2015 Jul;30(4):183-92. doi: 10.1097/YIC.000000000000078. PMID: 25932596.

Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, Scholten WD, Huijbregts KM, van Balkom AJLM. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ*. 2017 Sep 13;358:j3927. doi: 10.1136/bmj.j3927. Erratum in: *BMJ*. 2017 Sep 25;358:j4461. doi: 10.1136/bmj.j4461. PMID: 28903922; PMCID: PMC5596392.

Beard C, Rodriguez BF, Moitra E, Sibrava NJ, Bjornsson A, Weisberg RB, Keller MB. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) in a longitudinal study of African Americans with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2011 Jun;25(5):722-6. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.03.009. Epub 2011 Mar 24. PMID: 21501944; PMCID: PMC3089666.

Sinadinovic K, Berman AH, Hasson D, Wennberg P. Internet-based assessment and self-monitoring of problematic alcohol and drug use. *Addict Behav*. 2010 May;35(5):464-70. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.12.021. Epub 2010 Jan 4. Erratum in: *Addict Behav*. 2010 Sep;35(9):853. PMID: 20092953.

Blanco C, Heimberg RG, Schneier FR, Fresco DM, Chen H, Turk CL, Vermes D, Erwin BA, Schmidt AB, Juster HR, Campeas R, Liebowitz MR. A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Mar;67(3):286-95. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.11. PMID: 20194829; PMCID: PMC2856667.

Blomhoff S, Haug TT, Hellström K, Holme I, Humble M, Madsbu HP, Wold JE. Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *Br J Psychiatry*. 2001 Jul;179:23-30. doi: 10.1192/bjp.179.1.23. PMID: 11435264.

Bouchard S, Dumoulin S, Robillard G, et al. Virtual reality compared with in vivo exposure in the treatment of social anxiety disorder: A three-arm randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2017;210(4):276-283. doi:10.1192/bjp.bp.116.184234

Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*. 1998 Sep 14;158(16):1789-95. doi: 10.1001/archinte.158.16.1789. PMID: 9738608.

Carl E, Stein AT, Levihn-Coon A, Pogue JR, Rothbaum B, Emmelkamp P, Asmundson GJG, Carlbring P, Powers MB. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Anxiety Disord*. 2019 Jan;61:27-36. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.08.003. Epub 2018 Aug 10. PMID: 30287083.

Carleton RN, McCreary DR, Norton PJ, Asmundson GJ. Brief fear of negative evaluation scale-revised. *Depress Anxiety*. 2006;23(5):297-303. doi: 10.1002/da.20142. PMID: 16688736.

Clark DM, Wild J, Warnock-Parkes E, Stott R, Grey N, Thew G, Ehlers A. More than doubling the clinical benefit of each hour of therapist time: a randomised controlled trial of internet cognitive therapy for social anxiety disorder. *Psychol Med*. 2023 Aug;53(11):5022-5032. doi: 10.1017/S0033291722002008. Epub 2022 Jul 15. PMID: 35835726; PMCID: PMC10476054.

Wild J, Warnock-Parkes E, Stott R, Kwok APL, Lissillour Chan MH, Powell CLYM, Leung PWL, Clark DM, Thew GR. Video feedback to update negative self-perceptions in social anxiety disorder: A comparison of internet-delivered vs face-to-face cognitive therapy formats. *J Affect Disord*. 2023 Jun 15;331:139-144. doi: 10.1016/j.jad.2023.03.017. Epub 2023 Mar 11. PMID: 36907460; PMCID: PMC10914665.

Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *Br J Psychiatry*. 2000 Apr;176:379-86. doi: 10.1192/bjp.176.4.379. PMID: 10827888.

Connor KM, Kobak KA, Churchill LE, Katzelnick D, Davidson JR. Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2001;14(2):137-40. doi: 10.1002/da.1055. PMID: 11668666.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *Br J Psychiatry*. 2000 Apr;176:379-86. doi: 10.1192/bjp.176.4.379. PMID: 10827888.

Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ*. 2011 Aug 2;343:d4551. doi: 10.1136/bmj.d4551. PMID: 21810886; PMCID: PMC3149102.

Curtiss JE, Levine DS, Ander I, Baker AW. Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Stress-Related Disorders. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2021 Jun;19(2):184-189. doi: 10.1176/appi.focus.20200045. Epub 2021 Jun 17. PMID: 34690581; PMCID: PMC8475916.

Davidson JR, Potts N, Richichi E, Krishnan R, Ford SM, Smith R, Wilson WH. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J Clin Psychopharmacol*. 1993 Dec;13(6):423-8. PMID: 8120156.

De Picker L, Van Den Eede F, Dumont G, Moorkens G, Sabbe BG. Antidepressants and the risk of hyponatremia: a class-by-class review of literature. *Psychosomatics*. 2014 Nov-Dec;55(6):536-47. doi: 10.1016/j.psym.2014.01.010. Epub 2014 Apr 21. PMID: 25262043.

Gerlinger G, Mangiapane N, Sander J. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung. Chancen und Herausforderungen aus Sicht der Leistungserbringer [Digital health applications (DiGA) in medical and psychotherapeutic care. Opportunities and challenges from the perspective of the healthcare providers]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2021 Oct;64(10):1213-1219. German. doi: 10.1007/s00103-021-03408-8. Epub 2021 Sep 22. PMID: 34550412.

Dietel, F.A., Möllmann, A., Bürkner, PC. *et al.* Interpretation Bias Across Body Dysmorphic, Social Anxiety and Generalized Anxiety Disorder—A Multilevel, Diffusion Model Account. *Cogn Ther Res* **45**, 715–729 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10180-7>

Evans RW, Tepper SJ, Shapiro RE, Sun-Edelstein C, Tietjen GE. The FDA alert on serotonin syndrome with use of triptans combined with selective serotonin reuptake inhibitors or selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors: American Headache Society position paper. *Headache*. 2010 Jun;50(6):1089-99. doi: 10.1111/j.1526-4610.2010.01691.x. PMID: 20618823.

Feltner DE, Liu-Dumaw M, Schweizer E, Bielski R. Efficacy of pregabalin in generalized social anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2011 Jul;26(4):213-20. doi: 10.1097/YIC.0b013e32834519bd. PMID: 21368587.

First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. **SCID-5-CV**. American Psychiatric Association; 2016. (columbiapsychiatry.org)



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Goldin PR, Morrison A, Jazaieri H, Brozovich F, Heimberg R, Gross JJ. Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2016 May;84(5):427-37. doi: 10.1037/ccp0000092. Epub 2016 Mar 7. PMID: 26950097; PMCID: PMC4837056.

Hartley LR, Ungapen S, Davie I, Spencer DJ. The effect of beta adrenergic blocking drugs on speakers' performance and memory. *Br J Psychiatry*. 1983 May;142:512-7. doi: 10.1192/bjp.142.5.512. PMID: 6871565.

Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, Holt CS, Welkowitz LA, Juster HR, Campeas R, Bruch MA, Cloitre M, Fallon B, Klein DF. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Dec;55(12):1133-41. doi: 10.1001/archpsyc.55.12.1133. PMID: 9862558.

Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry*. 2019 Jun;6(6):538-546. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30032-X. Epub 2019 Mar 5. PMID: 30850328.

Kampmann IL, Emmelkamp PM, Hartanto D, Brinkman WP, Zijlstra BJ, Morina N. Exposure to virtual social interactions in the treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2016 Feb;77:147-56. doi: 10.1016/j.brat.2015.12.016. Epub 2015 Dec 29. PMID: 26752328.

Kindred R, Bates GW, McBride NL. Long-term outcomes of cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *J Anxiety Disord*. 2022 Dec;92:102640. doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102640. Epub 2022 Oct 13. PMID: 36265270.

Kindred R, Bates GW, McBride NL. Long-term outcomes of cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *J Anxiety Disord*. 2022 Dec;92:102640. doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102640. Epub 2022 Oct 13. PMID: 36265270.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. PMID: 11556941; PMCID: PMC1495268.

Kufel WD, Parsels KA, Blaine BE, Steele JM, Seabury RW, Asiago-Reddy EA. Real-world evaluation of linezolid-associated serotonin toxicity with and without concurrent serotonergic agents. *Int J Antimicrob Agents*. 2023 Jul;62(1):106843. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2023.106843. Epub 2023 May 7. PMID: 37160238.

Lampe L, Malhi GS. Avoidant personality disorder: current insights. *Psychol Res Behav Manag*. 2018 Mar 8;11:55-66. doi: 10.2147/PRBM.S121073. PMID: 29563846; PMCID: PMC5848673.

Leigh E, Chiu K, Clark DM. Self-focused attention and safety behaviours maintain social anxiety in adolescents: An experimental study. *PLoS One*. 2021 Feb 26;16(2):e0247703. doi: 10.1371/journal.pone.0247703. PMID: 33635891; PMCID: PMC7909699.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Liebowitz MR, Schneier F, Campeas R, Gorman J, Fyer A, Hollander E, Hatterer J, Papp L. Phenzelazine and atenolol in social phobia. *Psychopharmacol Bull.* 1990;26(1):123-5. PMID: 2196620.

Liebowitz MR, Mangano RM, Bradwejn J, Asnis G; SAD Study Group. A randomized controlled trial of venlafaxine extended release in generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005 Feb;66(2):238-47. doi: 10.4088/jcp.v66n0213. PMID: 15705011.

Lloyd J, Marczak M. Imagery rescripting and negative self-imagery in social anxiety disorder: a systematic literature review. *Behav Cogn Psychother.* 2022 Feb 28:1-18. doi: 10.1017/S135246582200008X. Epub ahead of print. PMID: 35225202.

Mattick RP, Clarke JC. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav Res Ther.* 1998 Apr;36(4):455-70. doi: 10.1016/s0005-7967(97)10031-6. PMID: 9670605.

Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranouzouli I, Kew K, Clark DM, Ades AE, Pilling S. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2014 Oct;1(5):368-76. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70329-3. Epub 2014 Oct 7. PMID: 26361000; PMCID: PMC4287862.

McEvoy PM, Nathan P, Rapee RM, Campbell BN. Cognitive behavioural group therapy for social phobia: evidence of transportability to community clinics. *Behav Res Ther.* 2012 Apr;50(4):258-65. doi: 10.1016/j.brat.2012.01.009. Epub 2012 Feb 8. PMID: 22394493.

McManus F, Sacadura C, Clark DM. Why social anxiety persists: an experimental investigation of the role of safety behaviours as a maintaining factor. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2008 Jun;39(2):147-61. doi: 10.1016/j.jbtep.2006.12.002. Epub 2007 Mar 12. PMID: 17433252.

Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry.* 2002 May;180:461-4. doi: 10.1192/bjp.180.5.461. PMID: 11983645.

Muris P, Ollendick TH. Selective Mutism and Its Relations to Social Anxiety Disorder and Autism Spectrum Disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2021 Jun;24(2):294-325. doi: 10.1007/s10567-020-00342-0. Epub 2021 Jan 19. PMID: 33462750; PMCID: PMC8131304.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (CG159). London: NICE; 2013 (last updated 2024). (nice.org.uk)

Nordh M, Wahlund T, Jolstedt M, Sahlin H, Bjureberg J, Ahlen J, Lalouni M, Salomonsson S, Vigerland S, Lavner M, Öst LG, Lenhard F, Hesser H, Mataix-Cols D, Höglström J, Serlachius E. Therapist-Guided Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy vs Internet-Delivered Supportive Therapy for Children and Adolescents With Social Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2021 Jul 1;78(7):705-713. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0469. PMID: 33978699; PMCID: PMC8117054.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Otto MW, McHugh RK, Katak KM. Combined Pharmacotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Medication Effects, Glucocorticoids, and Attenuated Treatment Outcomes. *Clin Psychol (New York)*. 2010 Jun 1;17(2):91-103. doi: 10.1111/j.1468-2850.2010.01198.x. Epub 2010 Jun 8. PMID: 26855480; PMCID: PMC4743901.

Pande AC, Davidson JR, Jefferson JW, Janney CA, Katzelnick DJ, Weisler RH, Greist JH, Sutherland SM. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 1999 Aug;19(4):341-8. doi: 10.1097/00004714-199908000-00010. PMID: 10440462.

Pande AC, Feltner DE, Jefferson JW, Davidson JR, Pollack M, Stein MB, Lydiard RB, Fütterer R, Robinson P, Slomkowski M, DuBoff E, Phelps M, Janney CA, Werth JL. Efficacy of the novel anxiolytic pregabalin in social anxiety disorder: a placebo-controlled, multicenter study. *J Clin Psychopharmacol*. 2004 Apr;24(2):141-9. doi: 10.1097/01.jcp.0000117423.05703.e7. PMID: 15206660.

Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011 Dec;168(12):1266-77. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704. PMID: 22193671; PMCID: PMC3893686.

Rahman AA, Platt RW, Beradid S, Boivin JF, Rej S, Renoux C. Concomitant Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors With Oral Anticoagulants and Risk of Major Bleeding. *JAMA Netw Open*. 2024 Mar 4;7(3):e243208. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.3208. PMID: 38517440; PMCID: PMC10960200.

Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther*. 1997 Aug;35(8):741-56. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00022-3. PMID: 9256517.

Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. High-Dose Citalopram and Escitalopram and the Risk of Out-of-Hospital Death. *J Clin Psychiatry*. 2017 Feb;78(2):190-195. doi: 10.4088/JCP.15m10324. PMID: 27736049; PMCID: PMC5916769.

Elbarbry F, Moshirian N. Linezolid-associated serotonin toxicity: a systematic review. *Eur J Clin Pharmacol*. 2023 Jul;79(7):875-883. doi: 10.1007/s00228-023-03500-9. Epub 2023 May 2. PMID: 37129603.

Seifouri K, Kahdemi R, Ahmadi Hajikolaei F, Rasekh F, Azadikhah F, Mehraban I, Alikhani R, Mirjalili A, Alipour M, Sadat-Madani SF, Chichagi F, Zivari Lashkajani S, Abdi A, Belbasi M, Akhtari Kohnehshahri A, Deravi N, Naziri M, Pishkari Y, Arab Bafrani M, Aghsaghloo V, Faghih Habibi A. Sertraline in depressed patients with or at risk for coronary heart disease: a systemic review. *Am J Cardiovasc Dis*. 2024 Dec 15;14(6):318-329. doi: 10.62347/AXZC9187. PMID: 39839570; PMCID: PMC11744214.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57. PMID: 9881538.

Simon NM, Hoge EA, Fischmann D, Worthington JJ, Christian KM, Kinrys G, Pollack MH. An open-label trial of risperidone augmentation for refractory anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*. 2006 Mar;67(3):381-5. doi: 10.4088/jcp.v67n0307. PMID: 16649823.

Smits JA, Rosenfield D, Otto MW, Marques L, Davis ML, Meuret AE, Simon NM, Pollack MH, Hofmann SG. D-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder depends on the success of exposure sessions. *J Psychiatr Res*. 2013 Oct;47(10):1455-61. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.020. Epub 2013 Jul 16. PMID: 23870811; PMCID: PMC3747985.

Smits JAJ, Pollack MH, Rosenfield D, Otto MW, Dowd S, Carpenter J, Dutcher CD, Lewis EM, Witcraft SM, Papini S, Curtiss J, Andrews L, Kind S, Conroy K, Hofmann SG. Dose Timing of D-Cycloserine to Augment Exposure Therapy for Social Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2020 Jun 1;3(6):e206777. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.6777. PMID: 32496566; PMCID: PMC7273198.

Spain D, Sin J, Chalder T, Murphy D, Happe F. Cognitive behavior therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidities: a review. *Res Autism Spectr Disord*. 2015;9:151–162.

Specialist Pharmacy Service (SPS). Choosing an antidepressant for people with coronary heart disease. 2025 Apr 29.

Specialist Pharmacy Service (SPS). Using antidepressants for depression in people with epilepsy. 2021 May 14.

Specialist Pharmacy Service (SPS). Using SSRI antidepressants during breastfeeding. 2023.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092. PMID: 16717171.

Steele KR, Upton E, Holden M, Regan A, Coleshill MJ, Li S, Joubert AE, Mahoney AEJ, Millard M, Newby JM. Intensive 7-day internet-delivered cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2025 Apr 18;26(1):136. doi: 10.1186/s13063-025-08826-6. PMID: 40251626; PMCID: PMC12007370.

Steenen SA, van Wijk AJ, van der Heijden GJ, van Westrhenen R, de Lange J, de Jongh A. Propranolol for the treatment of anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol*. 2016 Feb;30(2):128-39. doi: 10.1177/0269881115612236. Epub 2015 Oct 20. PMID: 26487439; PMCID: PMC4724794.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Stein DJ, Cameron A, Amrein R, Montgomery SA, Moclobemide Social Phobia Clinical Study Group. Moclobemide is effective and well tolerated in the long-term pharmacotherapy of social anxiety disorder with or without comorbid anxiety disorder. *International Clinical Psychopharmacology*. 2002 Jul;17(4):161-170. DOI: 10.1097/00004850-200207000-00002. PMID: 12131599.

Thew GR, Kwok APL, Lissillour Chan MH, Powell CLYM, Wild J, Leung PWL, Clark DM. Internet-delivered cognitive therapy for social anxiety disorder in Hong Kong: A randomized controlled trial. *Internet Interv*. 2022 Apr 18;28:100539. doi: 10.1016/j.invent.2022.100539. PMID: 35493437; PMCID: PMC9046639.

Steenen SA, van Wijk AJ, van der Heijden GJ, van Westrhenen R, de Lange J, de Jongh A. Propranolol for the treatment of anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol*. 2016 Feb;30(2):128-39. doi: 10.1177/0269881115612236. Epub 2015 Oct 20. PMID: 26487439; PMCID: PMC4724794.

von Glischinski M, Willutzki U, Stangier U, Hiller W, Hoyer J, Leibing E, Leichsenring F, Hirschfeld G. Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS): Optimal cut points for remission and response in a German sample. *Clin Psychol Psychother*. 2018 May;25(3):465-473. doi: 10.1002/cpp.2179. Epub 2018 Feb 11. PMID: 29430794.

Waller M. Safer citalopram use in primary care: Can staff education and prescribing prompts improve adherence to national guidance? A closed loop clinical audit, service evaluation and quality improvement study. *J Family Med Prim Care*. 2022 Nov;11(11):7085-7088. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_772_22. Epub 2022 Dec 16. PMID: 36993121; PMCID: PMC10041297.

Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, Rockhill C. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Oct;59(10):1107-1124. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.005. Epub 2020 May 18. PMID: 32439401.

Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford; 2009.

World Health Organization. **ICD-11 Clinical descriptions and diagnostic requirements (CDDR)**. Geneva: WHO; 2024. (iris.who.int)

Zaccara G, Franco V. Pharmacokinetic Interactions Between Antiseizure and Psychiatric Medications. *Curr Neuropharmacol*. 2023;21(8):1666-1690. doi: 10.2174/1570159X20666220524121645. PMID: 35611779; PMCID: PMC10514545.

Zainal NH, Tan HH, Hong RYS, Newman MG. Testing the Efficacy of a Brief, Self-Guided Mindfulness Ecological Momentary Intervention on Emotion Regulation and Self-Compassion in Social Anxiety Disorder: Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment Health*. 2024 Apr 19;11:e53712. doi: 10.2196/53712. PMID: 38640015; PMCID: PMC11069101.