

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

## **У П А Т С Т В О**

### **ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ СОЦИЈАЛНО АНКСИОЗНО РАСТРОЈСТВО: ПРЕПОЗНАВАЊЕ, ПРОЦЕНКА И ТРЕТМАН**

#### **Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при социјално анксиозно растројство: препознавање, проценка и третман.

#### **Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при социјално анксиозно растројство: препознавање, проценка и третман е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

#### **Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при социјално анксиозно растројство: препознавање, проценка и третман по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

#### **Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3165/1  
09 март 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

---

# Социјално анксиозно растројство: препознавање, процена и третман

Објавено: мај 2013 год.

**NICE клинички упатства 159**  
[guidance.nice.org.uk/cg159](http://guidance.nice.org.uk/cg159)

---

# Содржина

<b>Вовед</b> .....	<b>1</b>
<b>Грижа насочена кон пациентот</b> .....	<b>3</b>
<b>Клучни приоритети за имплементација</b> .....	<b>5</b>
Општи принципи на грижа во менталното здравје и во примарната здравствена заштита.....	5
Идентификување и проценка на возрасни лица.....	5
Интервенции за возрасни лица со социјално анксиозно растројство .....	5
Интервенции за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство.....	6
<b>1. Препораки</b> .....	<b>7</b>
1.1 Општи принципи на грижа во менталното здравје и во примарната здравствена заштита .....	7
1.2 Идентификување и проценка на возрасни лица .....	10
1.3 Интервенции за возрасни лица со социјално анксиозно растројство .....	13
1.4 Идентификување и проценка на деца и на млади лица .....	17
1.5 Интервенции за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство .....	20
1.6 Интервенции кои не се препорачани за третман на социјално анксиозно растројство ...	21
1.7 Специфични фобии .....	22
<b>2. Препораки за истражување</b> .....	<b>23</b>
2.1 Вклучување и ангажирање на возрасните со интервенциите за социјалното анксиозно растројство .....	23
2.2 Специфична, наспроти општа КБТ за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство .....	23
2.3 Улогата на родителите во третманот на деца и на млади лица со социјално анксиозно растројство .....	24
2.4 Индивидуална, наспроти групна КБТ за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство .....	25
2.5 Комбинирани интервенции за возрасни лица со социјално анксиозно растројство.....	25
<b>3. Други информации</b> .....	<b>27</b>
3.1 Делокруг и како беше развивано ова упатство .....	27
3.2 Поврзани NICE упатства.....	27
<b>4. Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектантски тим</b> .....	<b>29</b>
4.1 Група за развивање на упатството.....	29
4.2 Национален центар за соработка за ментално здравје .....	29
4.3 NICE проектантски тим .....	29
<b>За ова упатство</b> .....	<b>30</b>
Јачина на препораките .....	30
Други верзии на ова упатство .....	31
Имплементација.....	31
Ваша одговорност .....	31
Авторски права.....	32
NICE контакт .....	32

## Вовед

Ова упатство го ажурира и го заменува делот од NICE упатството за технолошка поддршка 97 (NICE technology appraisal guidance 97) (публикувано во февруари 2006 год.) кое е обработено со фобија.

Социјалното анксиозно растројство (претходно познато како 'социјална фобија') е едно од најчестите анксиозни растројства. Пресметано е дека преваленцијата во текот на животот се менува, но во согласност со анализите во САД, 12% од адултите во САД ќе добијат социјално растројство во одреден период од нивниот живот, споредено со пресметките за генерализираното анксиозно растројство (ГАР) кое се јавува во 6%, паничното растројство во 5%, посттравматското стресно растројство (ПТСР) во 7% и опсесивно-компулсивното растројство во 2%. Постои сигнификантен степен на коморбидитет кај социјалното анксиозно растројство и другите нарушувања на менталното здравје, особено најмногу е забележано кај депресијата (19%), потоа кај нарушувањата заради злоупотреба на супстанции (17%), ГАР (5%), паничното растројство (6%) и кај ПТСР (3%).

Социјалното анксиозно растројство претставува перзистентен страв или вознемиреност во врска со една или со повеќе социјални ситуации или со ситуации, поврзани со настап/изведба, кои се надвор од рамките на вистинската закана што ја поставува ситуацијата. Типичните ситуации, кои можат да бидат анксиозно провокативни, вклучуваат средби со луѓе, како што се средби со странци, зборување на состаноци или на групи, започнување конверзации, разговори со авторитети, потоа работење, јадење и пиење кои се набљудувани, престој во училиште, купување, присутност во јавност, користење јавен тоалет и јавни настапи/изведби, како што е говор во јавност. Иако загрижувањата во врска со некоја од овие ситуации се чести кај општата популација, лицата со социјално анксиозно растројство се екстремно загрижени за себе во тој момент, пред и по таа ситуација. Тие стравуваат дека ќе сторат или ќе кажат нешто за што сметаат дека ќе биде понижувачко или непријатно (како што е: да се зацрвенат, да се потат, да изгледаат досадно или глупаво, да се тресат, да изгледаат неспособно, анксиозно). Социјалното анксиозно растројство може да има големо влијание на функционирањето на една личност, отежнувајќи и го нормалниот живот, интерферирајќи во социјалните релации и во квалитет на животот и нарушувајќи го изведувањето на работните задачи на работното место или во училиште. Лицата со ова нарушување може да злоупотребуваат алкохол или лекови за да ја намалат анксиозноста (и да ја ублажат депресијата).

Децата може да ја покажат нивната анксиозност на различни начини во однос на возрасните: да се засрамат од интерактивните релации, поверојатно може да заплачат, да се стаписаат или да станат бесни. Помала е веројатноста да може да прифатат дека нивните стравови се ирационални кога се далеку од една социјална ситуација. Одредени ситуации кои може да предизвикаат тешкотии кај децата и кај младите лица кои имаат социјална анксиозност, се нивното вклучување во одделенските активности, барање помош во класот, приклучување на активности со врсници (како што е вклучување во забави или клубови) и учество во школските претстави.

Социјалното анксиозно растројство се јавува (со рана средна вредност) на 13-годишна возраст и претставува едно од најупорните анксиозни растројства. И покрај степенот на вознемиреност и нарушување, само околу една половина од тие со растројство некогаш ќе побараат третман, како и оние кои само генерално бараат третман за симптомите по 15-20 години. Значителен број лица кои развиваат социјално анксиозно растројство во адолесценцијата може да закрепнат пред да станат возрасни. Но, ако растројството перзистира во адултниот период, можноста за оздравување без третман е мала во споредба со повеќе други чести нарушувања на менталното здравје.

Ефикасни психолошки и фармаколошки интервенции за социјалното анксиозно растројство постојат, но може да не се достапни, што се должи на слабото препознавање, несоодветната проценка и ограничената свесност или достапност на третманите. Социјалното анксиозно растројство не се препознава во примарната здравствена заштита. Кога тоа е присутно заедно со депресија, тогаш депресивната епизода може да биде препознаена без да се открие основното и поупорното социјално анксиозно растројство. Појавувањето во раната возраст би требало да значи предизвик за препознавање во едуцирана средина.

Некои препораки во ова упатство се прилагодени на препораките во друго NICE клиничко упатство. Во овие случаи, Групата за развој на упатството (Guideline Development Group) беше внимателна да ги зачува смислата и намерата на оригиналните препораки. Промените на текстот или на структурата беа направени за да се вклопат препораките во ова упатство. Оригиналните извори на прилагодените препораки се прикажани во препораките.

Ова упатство претпоставува дека лекарите кои ќе ги препишуваат лековите ќе го користат риземот на медикаментот за неговите својства за да бидат информирани кога ќе ги донесуваат одлуките заедно со корисниците на услуги индивидуално.

Ова упатство препорачува некои лекови кои поседуваат индикации за кои во Велика Британија немаат маркетиншко одобрение на датумот на објавувањето на упатството, освен ако постои добар доказ за поддршка на таа употреба. Лекарот кој ќе ги препишува лековите треба да ги следи релевантните професионални упатства, преземајќи целосна одговорност за одлуката. Корисникот на услугата (или оние што се овластени да дадат согласност во име на корисникот) треба да обезбеди согласност што ќе се базира на информации и ќе биде документирана. За понатамошни информации, видете во Добра практика во пропишување и раководење со лекови и помагала Good practice in prescribing and managing medicines and devices. Таму, каде што препораките се направени за употреба на лекови вон лиценцираните индикации, тие лекови се обележани во препораките со фуснота.

## Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство го понудува најдобриот практичен совет за заштита на деца и млади лица (од школска возраст до 17 години) и адулти (на 18 години или постари) со социјално анксиозно растројство.

Лицата со социјално анксиозно растројство и професионалците за здравствена заштита имаат права и одговорности кои се конституирани во Националната здравствена служба (NHS) од Уставот на Англија (Constitution for England) - сите NICE упатства се напишани да го рефлектираат тоа. Третманот и негата треба да бидат преземени во рамките на поединечните потреби и приоритети. Лицата треба да ја имаат можноста за носење одлуки од расположливи информации за нивната нега и третман во соработка со нивните професионалци за здравствена заштита. Ако некој не поседува способност за да донесе одлуки, во тој случај професионалците за здравствена заштита треба да го следат Совет за согласност при Одделението за здравство (Department of Health's advice on consent) и Код за праксата која го придружува Законот за ментална способност (Code of practice that accompanies the Mental Capacity Act) и суплементарниот Код за праксата за лишување на мерки за заштита на слободата (Code of practice on deprivation of liberty safeguards). Во Велс, професионалците за здравствена заштита треба да го следат совет за согласност од велшката Влада (advice on consent from the Welsh Government).

Ако лицето е под 16 години, тогаш професионалците за здравствена заштита треба да ги следат упатствата на Министерството за здравство, Барање согласност: работа со деца (Department of Health's Seeking consent: working with children). Исто така, на родителите и на негувателите треба да им бидат дадени информации и поддршка кои им се потребни за да му помогнат на детето или на младото лице во донесувањето одлуки за нивниот третман.

NICE создаде упатства врз база на елементите од доброто искуство на пациентите при NHS услугите. Сите професионалци за здравствена заштита треба да ги следат препораките во Искуство на пациентите од адултните NHS услуги (Patient experience in adult NHS services).

NICE, исто така, создаде упатства врз база на елементите од доброто искуство на тие што применуваат услуга. Сите лица кои ја спроведуваат здравствената и социјалната заштита, работејќи со лица кои ги користат услугите за ментално здравје во Националната здравствена служба за адулти треба да ги следат препораките во Искуство на применувачот на услуги во ментално здравје за возрасни (Service user experience in adult mental health).

Ако младо лице е на преодот меѓу услугите за ментално здравје за дете и за возрасен (CAMHS) од една страна и услугите за ментално здравје за адулти и адултни услуги од друга страна, заштитата треба да биде планирана и раководена, согласно со најдобрата пракса од упатството, опишана во Одделот за здравство Транзиција: стекнување право за младите лица (Transition: getting it right for young people).

CAMHS и сервисите за ментално здравје за возрасни треба да работат здружено за да обезбедат проценка и услуги на млади лица со социјално анксиозно растројство.

Дијагнозата и раководењето би требало да бидат ревидирани преку процесот на транзиција и треба точно да се одреди кој е главниот клиничар кој ќе обезбедува континуирана заштита.

## Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки се одредени како приоритети за имплементација.

### ***Општи принципи на грижа во менталното здравје и во примарната здравствена заштита***

#### **Подобрување на пристапот до услугите**

- Кога на едно лице со социјално анксиозно растројство прво му е понудена средба, особено во рамките на специјалистичките услуги, обезбедете му јасни информации во форма на писмо:
  - За тоа каде да оди по пристигнувањето и каде може да чека (понудете користење на приватна локација за чекање или опција да чека каде било, на пример надвор од просториите на службата).
  - За локација со олеснителна достапност до службата (на пример, паркиралиште и тоалет).
  - За тоа што ќе се случи и што нема да се случи за време на проценката и третманот.

Штом лицата ќе пристигнат за средба, понудете им да ги сретнете или да ги подготвите (на пример: со текстуална порака) за тоа кога средбата им започнува.

### ***Идентификување и проценка на возрасни лица***

#### **Идентификување на возрасни лица со веројатно социјално анксиозно растројство**

- Поставете прашања за откривање на анксиозни растројства во согласност со препораката 1.3.1.2 во 'Општи растројства на менталното здравје' (Common mental health disorders) (NICE clinical guideline 123) и ако поставите сомнение за социјално анксиозно растројство:
  - Користете 3-item Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN).
  - Размислете да ги поставите следниве 2 прашања:
    - Дали избегнувате социјални ситуации или активности?
    - Дали сте исплашени или засрамени во социјални ситуации?

Ако лицето добие 6 или повеќе бодови на Mini-SPIN скалата или ако одговори со 'да' на кои било 2 прашања погоре, упатете го за севкупна проценка за социјално анксиозно растројство (видете во препораките 1.2.5–1.2.9).

### ***Интервенции за возрасни лица со социјално анксиозно растројство***

#### **Принципи за третман**

- Сите интервенции за возрасни со социјално анксиозно растројство би требало да бидат дадени од страна на надлежни лекари. Психолошките интервенции би требало да се базираат на релевантен прирачник (прирачници) за третман, кој треба да дава упатства за структурата и траењето на интервенцијата. Лекарите треба да



размислат за користење компетентни шеми кои се развиени од релевантен прирачник (прирачници), а за сите интервенции треба:

- Да добијат редовна високо квалитетна супервизија за резултатите.
- Да користат рутински сесиски мерки/оценки за резултатите (на пример: Social Phobia Inventory или Liebowitz Social Anxiety Scale) и да обезбедат дека лицето со социјално анксиозно растројство е вклучено во разгледувањето на ефикасноста на третманот.
- Да се вклучат во следење и евалуација на придржувањето кон третманот, а особено во компетентноста на лекарот, на пример, со користење видео и аудио ленти, а и надворешна ревизија и контрола, доколку е соодветно.

### **Опции за иницијален третман кај возрасни лица со социјално анксиозно растројство**

- Понудете им на возрасните со социјално анксиозно растројство индивидуална когнитивна бихејвиорална терапија (КБТ) која е специјално развиена за третман на социјалното анксиозно растројство (врз база на Clark и Wells моделот или на Heimberg моделот; видете ги [препораките 1.3.13 и 1.3.14](#)).
- За возрасните кои одбиваат КБТ и сакаат да се разгледа друга психолошка интервенција, понудете КБТ која е создадена за поддршка на самопомошта (видете ја [препораката 1.3.15](#)).
- За возрасни кои одбиваат когнитивни бихејвиорални интервенции и покажуваат приоритет за фармаколошка интервенција, разговарајте за нивните причини во врска со одбивањето на когнитивните бихејвиорални интервенции и именувајте ги сите грижи.
- Ако лицето сака да продолжи со фармаколошката интервенција, понудете селективен серотонин риаптејк инхибитор (SSRI) (escitalopram или sertraline). Вниматело следете го лицето заради појава на неповолни реакции (видете ги [препораките 1.3.17–1.3.23](#)).

### **Интервенции за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство**

#### **Третман за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство**

- Понудете индивидуална или групна КБТ која е фокусирана на социјалната анксиозност (видете ги [препораките 1.5.4 и 1.5.5](#)) за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство. Размислувајте за вклучување на родителите или на негувателите/старателите за да се обезбеди ефикасна достава на интервенцијата, особено кај малите деца.

## 1. Препораки

Следното упатство е базирано на најдобрите достапни докази. Целосното упатство дава детали за методите и за доказите кои се искористени за развивање на упатството.

Текстот кој се користи во препораките од ова упатство ја означува сигурноста со која се направени препораките (јачина на препораката). За деталите, погледнете во 'За ова упатство'.

Препораките се однесуваат за деца, млади лица (од училишна возраст до 17 години) и за возрасни (на 18 години и постари).

### 1.1 Општи принципи на грижа во менталното здравје и во примарната здравствена заштита

#### Подобрување на пристапот до услугите

1.1.1 Бидете свесни дека лицата со социјално анксиозно растројство може:

- Да не знаат дека социјалното анксиозно растројство е препознатлива состојба и може ефикасно да се третира.
- Да ја согледаат својата социјална анксиозност како личен недостаток или неуспех.
- Да бидат ранливи на осуда и срам.
- Да избегнуваат контакт, односно им причинува тешкотија или вознемиреност во комуникацијата со професионалците за здравствена заштита, со персоналот и со другите кои даваат услуги.
- Да избегнуваат откривање информации, поставување и одговарање на прашања и поплаки.
- Да имаат тешкотија со концентрација кога им се објаснува информација.

1.1.2 Клиничарите од примарната и секундарната заштита, менаџерите и поверениците треба да размислат за флексибилно уредување услуги во промовирање на пристапот и да избегнуваат егзацербација на симптомите на социјалното анксиозно растројство со понудување:

- Средби во временски период кога во сервисот има најмалку гужва или е најмалку зафатен.
- Средби пред или по редовните часови или дома иницијално.
- Самопријавување, како и други начини за редуцирање на вознемиреноста при пристигнување.
- Можности да се комплетираат обрасците/досиејата или документите пред или по средбата во засебен простор.
- Поддршка на проблемите кои се во врска со социјалната анксиозност (на пример: користење јавен транспорт).
- Можност за избор на професионалец, ако е возможно.

1.1.3 Кога на лице со социјално анксиозно растројство прво му е предложена средба, особено во рамките на специјалистичките услуги, обезбедете му јасни информации во форма на писмо:

- За тоа каде да оди по пристигнувањето и каде може да чека (понудете користење на засебен простор за чекање или опција да чека каде било, на пример, надвор од просториите на службата).
- За локација која има лесна достапност во службата (на пример, паркиралиште и тоалет).
- За тоа што ќе се случи и што нема да се случи за време на проценката и на третманот.

Штом лицата ќе пристигнат за средба, понудете им да ги сретнете или да ги подготвите (на пример: со текстуална порака) за тоа кога средбата им започнува.

- 1.1.4 Бидете свесни дека промената на професионалците за здравствена заштита или услугите може да бидат особено вознемирувачки за лицата со социјално анксиозно растројство. Намалете го секое вознемирување, разговарајте за проблемите однапред и обезбедете детални информации за секоја промена, особено за оние за кои не беа побарани од корисникот на услуги.
- 1.1.5 За лицата со социјално анксиозно растројство кои користат болнички услуги за ментално здравје или медицински услуги, подгответе оброци, активности и сместување:
- Со редовно разговарање како таквите одредби се вклопуваат во нивниот план за третман и во нивните приоритети.
  - Со обезбедување можност за нив да јадат самостојно ако сметаат дека јадењето со други лица е премногу вознемирувачко.
  - Со обезбедување избор за активности што тие можат да ги направат самостојно или со други лица.
- 1.1.6 Понудете да обезбедите третман во таква средина каде децата и младите лица со социјално анксиозно растројство и нивните родители или старатели се чувствуваат најкомотно, на пример, дома или на училиште или во центри во заедницата.
- 1.1.7 Размислувајте да спроведете згрижување на децата (на пример, за браќа и сестри) за да го поддржите вклучувањето на родителот и на старателот.
- 1.1.8 Ако е возможно, организирајте средби на начин кој не интерферира со училиштето или со други социјални активности.

## Комуникација

- 1.1.9 Кога проценувате едно лице со социјално анксиозно растројство:
- Предложете тие да комуницираат со Вас на начин за кој тие сметаат дека е најкомотен, вклучувајќи пишување (на пример, писмо или прашалник).
  - Предложете да комуницирате со нив со телефонски разговор, текст и со електронска пошта.

- Осигурете тие да имаат можности да поставуваат прашања и охрабрете ги да го сторат тоа.
- Обезбедете им можности да направат средби, како и да ги сменат средбите, користејќи различни средства, како што е текст, електронска пошта или телефон.

#### 1.1.10 Кога комуницирате со деца, млади лица и со нивните родители или старатели:

- Земете го предвид степенот на развој на детето или на младото лице, емоционалната созреаност и когнитивниот капацитет, вклучувајќи какви било тешкотии за учење, проблеми со видот и слухот и одложувања во развојот на говорот.
- Бидете свесни дека децата кои се со социјална анксиозност може да се колебаат да зборуваат со непознато лице, а она дете кое е со потенцијална дијагноза за селективен мутизам може да не биде во состојба да зборува со сите во текот на проценката или на третманот; прифатете ги информациите од родителите или од старателите, но осигурете дека на детето или на младото лице им е дадено можност да одговорат за себе, со пишување, цртање или зборување преку родителот или старателот, ако е потребно.
- Користете едноставен говор, ако е возможно и јасно објаснете го кој било клинички термин.
- Проверете дека детето или младото лице и нивните родители или старатели разбираат што им се кажува.
- Користете помагала за комуникација (како што се: слики, симболи, големи букви, Браилово писмо, различни јазици или говор со знаци), ако е потребно.

### Надлежност

#### 1.1.11 Професионалците за здравствена и за социјална заштита, како и професионалците за едукација кои работат со деца и млади лица, треба да бидат обучени и квалификувани:

- Во преговарање и работење со родители и старатели, вклучувајќи помагање на родителите кои имаат тешкотии во релациите да најдат поддршка.
- Во раководење со прашања кои се во врска со размена на информации и доверливост, како тие се доставуваат на децата и на младите лица.
- Во упатување деца со веројатно социјално анксиозно растројство до соодветни услуги.

### Согласност и доверливост

#### 1.1.12 Ако едно младо лице е на возраст до 16 години, барајте негова согласност пред да се разговара со неговите родители или старатели.

#### 1.1.13 Кога работите со деца и со млади лица, со нивните родители и старатели:

- Осигурете се дека разговорите се одвиваат во средина во која доверливоста, приватноста и достоинството се почитуваат.
- Бидете јасни со детето или со младото лице, како и со нивните родители и старатели во врска со ограничувањата на доверливоста (а тоа е, кои

професионалци за здравствена и за социјална заштита имаат пристап до информациите за нивната дијагноза и нивниот третман и во кои околности ова може да биде поделено со други). [Оваа препорака е адаптирана од [Service user experience in adult mental health](#) (NICE clinical guidance 136)].

1.1.14 Осигурете дека децата и младите лица и нивните родители и старатели ја разбираат целта на која било средба и причините за размена на информации. Почитувајте ги нивните права на доверливост низ процесот и прилагодете ја содржината и траењето на средбите; да се земе предвид влијанието на социјалното анксиозно растројство врз учеството на детето или врз младото лице.

### **Работа со родители и со старатели**

1.1.15 Ако родител или негувател не може да присуствува на средбите за проценка или третман, осигурете дека му е доставена пишана информација и е разменета со нив.

1.1.16 Ако родителите или старателите се вклучени во проценката или третманот на младо лице со социјално анксиозно растројство, разговарајте со младото лице (земајќи го предвид неговото ниво на развој, емоционалната созреаност и когнитивниот капацитет) каква форма тие би сакале ова вклучување да земе. Таквите разговори би требало да се изведуваат на интервали и да земат предвид какви било промени на околностите, вклучувајќи го степенот на развој и не треба да се изведат само еднаш. Бидејќи вклучувањето на родителите и на старателите може да биде многу комплексно, персоналот треба да добие обука за вештините кои им се потребни за да преговараат и да работат со родителите и старателите, а исто така и во раководењето со прашања кои се во врска со размена на информации и доверливост. [Оваа препорака е адаптирана од [Service user experience in adult mental health](#) (NICE clinical guidance 136)].

1.1.17 Понудете им на родителите и на старателите проценка на нивните сопствени потреби, како што се:

- Лична, социјална и емоционална поддршка.
- Поддржете ги во нивната улога да се грижат, вклучувајќи планови за итни случаи.

1.1.18 Одржувајте ги врските со сервисите за ментално здравје за возрасни, на тој начин што упатувањата за кои било потреби во врска со менталното здравје на родителите или на старателите може да се направат бргу и глатко.

## **1.2 Идентификување и проценка на возрасни лица**

### **Откривање возрасни со можно социјално анксиозно растројство**

1.2.1 Поставете прашања за откривање на анксиозни растројства во согласност со препораката 1.3.1.2 во [Common mental health disorders](#) (NICE clinical guideline 123), а ако се сомневате на социјалното анксиозно растројство:

- Користете ја скалата 3-item Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN). Размислете да ги поставите следниве 2 прашања:
- Дали сметате дека избегнувате социјални ситуации и активности?
  - Дали сте исплашени или засрамени во социјални ситуации?
  - Ако лицето е бодувано со 6 или повеќе бода на Mini-SPIN скалата или одговорило со 'да' на кое било од горниве 2 прашања, упатете го или спроведете целокупна проценка за социјално анксиозно растројство (видете во [препораките 1.2.5–1.2.9](#)).

1.2.2 Ако прашањата за откривање (видете ја препораката 1.2.1) упатуваат на можно социјално анксиозно растројство, а лекарот не е компетентен да преземе проценка на менталното здравје, упатете го лицето на соодветен професионалец за здравствена заштита. Ако тој професионалец не е матичниот лекар на лицето, тогаш информирајте го матичниот лекар за упатувањето.

1.2.3 Ако прашањата за откривање (видете ја препораката 1.2.1) упатуваат на можно социјално анксиозно растројство, лекарот кој е компетентен да преземе проценка на менталното здравје треба да ја прегледа менталната состојба на лицето, како и придружните функционални, интерперсонални и социјални проблеми.

### Проценка на возрасни лица со социјално анксиозно растројство

1.2.4 Ако едно возрасно лице со можно анксиозно растројство смета дека има тешкотија или вознемиреност лично да присуствува на првичната средба, размислувајте да го направите првиот контакт телефонски или преку интернет, но имајте за цел да се видите со него лице в лице за следните проценки и третман.

1.2.5 Кога проценувате едно возрасно лице со можно социјално растројство:

- Спроведете проценка во која е вклучен страв, избегнување, вознемиреност и функционално нарушување.
- Бидете свесни за коморбидитетни нарушувања, вклучувајќи анксиозно растројство на личноста, злоупотреба на алкохол и супстанции, нарушувања на расположението, други анксиозни нарушувања, психози и аутизам.

1.2.6 Следете ги препораките во [Common mental health disorders](#) (NICE clinical guideline 123) за структурата и за содржината на проценката, прилагодете ги кога ќе сметате дека имате потреба да добиете подетален опис на социјалното анксиозно растројство (видете ја препораката 1.2.8 во ова упатство).

1.2.7 За да информирате за проценката и за поддршката на која било интервенција, размислете за користење на следново:

- Дијагностичка алатка или алатка за откривање проблеми, како што е препорачано во [препораката 1.3.2.3 in Common mental health disorders](#) (NICE clinical guideline 123)
- Валидна мерка за социјалната анксиозност, како што е скалата Social Phobia Inventory (SPIN) или скалата Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS).

- 1.2.8 Добијте детален опис за тековната социјална анксиозност на лицето, како и придружните проблеми и околности, вклучувајќи:
- Ситуации на стравување и избегнати социјални ситуации.
  - Она од што тие се плашат може да им се случи во социјалните ситуации (на пример: да изгледаат анксиозно, зацрвенето, испотено, растреперено или да бидат досадни).
  - Анксиозни симптоми.
  - Гледиште за себе.
  - Содржина на сликата за себе.
  - Однесувања кои бараат безбедност.
  - Фокусирање на вниманието во социјални ситуации.
  - Обработка на приликите пред настанот и по настанот.
  - Окупациски, едукациски, функционални и социјални околности.
  - Употреба на лекови, алкохол и рекреативни дроги.
- 1.2.9 Ако едно лице со можно социјално анксиозно растројство не се врати по првичната проценка, контактирајте го (користејќи го начинот на комуникација којшто лицето го преферира) за да разговарате за причината поради која не се вратило. Отстранете ги сите пречки за понатамошното проценување или за третманот кои лицето ги идентификувало.

### **Планирање третман за возрасни лица кои се дијагностицирани со социјално анксиозно растројство**

- 1.2.10 По дијагностицирање на социјалното анксиозно растројство кај едно возрасно лице, одредете ги целите на третманот и спроведете информации за нарушувањето и неговото третирање, вклучувајќи:
- Етиологија и тек на нарушувањето и коморбидитети кои често се појавуваат.
  - Влијание врз социјалното и личното функционирање.
  - Најчести одржани мислења за причината на нарушувањето.
  - Мислења околу тоа што може да биде променето или третирано.
  - Избор и начин за третмани кои се базираат на докази.
- 1.2.11 Ако лицето, исто така, има симптоми на депресија, проценете ја нивната етиологија, интензитет и одредете ја нивната функционална поврзаност со социјалното анксиозно растројство со распрашување околу тоа што по првпат се јавило.
- Ако лицето доживеало сигнификантна социјална анксиозност само на почетокот на депресивната епизода, третирајте ја депресијата во согласност со Depression (NICE clinical guideline 90).
  - Ако анксиозното социјално растројство претходело на почетокот на депресијата, прашајте: "Ако Ви дадев терапија која ќе Ви осигури подолг период да не бидете анксиозни во социјалните ситуации, дали се уште ќе бидете депресивни?"
    - Ако одговорот на лицето е 'не', третирајте ја социјалната анксиозност (освен ако степенот на депресијата го спречува тоа, потоа понудете иницијален третман за депресијата).

- Ако одговорот на лицето е 'да', размислувајте за третирање на двете и на социјалното анксиозно растројство и на депресијата, земајќи ги предвид нивните предности кога одлучувате што прво ќе третирате.
- Ако депресијата е прво третирана, штом ќе настапи подобрување на депресијата, третирајте го социјалното анксиозно растројство.

1.2.12 За лицата (вклучувајќи ги и младите) со социјално анксиозно растројство кои злоупотребуваат супстанции, бидете свесни дека злоупотребата на алкохол или на дроги е често обид за намалување на анксиозноста во социјалните ситуации и не треба да влијае на третманот за социјалното анксиозно растројство. Проценете ја етиологијата на злоупотреба на супстанциите за да одредите дали тоа е, пред се, последица на социјалното анксиозно растројство:

- Понудете кратка интервенција за ризична злоупотреба на алкохол или на дроги (видете во [Alcohol use disorders](#) [NICE clinical guideline 115] или во [Drug misuse](#) [NICE clinical guideline 51]).
- И за штетноста или зависноста од алкохол или за злоупотребата на дроги, размислувајте за упатување кај специјалист за злоупотреба на алкохол или кај специјалист за злоупотреба на дроги.

### **1.3 Интервенции за возрасни лица со социјално анксиозно растројство**

#### **Принципи за третман**

1.3.1 Сите интервенции за возрасни со социјално анксиозно растројство треба да бидат дадени од страна на надлежни лекари. Психолошките интервенции би требало да се базираат на релевантен прирачник (прирачници) за третман кој треба да дава упатства за структурата и за траењето на интервенцијата. Лекарите треба да размислуваат за користење шеми кои се развиени од релевантен прирачник (прирачници), а за сите интервенции треба:

- Да добијат редовна високо квалитетна супервизија за резултатите.
- Да користат рутински сесиски мерки/оценки за резултатите (на пример: Social Phobia Inventory или Liebowitz Social Anxiety Scale) и да обезбедат лицето со социјално анксиозно растројство да биде вклучено во разгледувањето на ефикасноста на третманот.
- Да се вклучат во следење и евалуација на придржувањето кон третманот, а особено во компетентноста на лекарот, на пример, со користење видео и аудио ленти, а и надворешна ревизија и контрола, доколку е соодветно.

#### **Опции за иницијален третман за возрасни лица со социјално анксиозно растројство**

1.3.2 Понудете им на возрасните со социјално анксиозно растројство индивидуална когнитивна бихејвиорална терапија (КБТ) која е специјално развиена за третман на социјалното анксиозно растројство (врз база на Clark и Wells моделот или на Heimberg моделот (видете ги [препораките 1.3.13 и 1.3.14](#)).

1.3.3 Рутински не понудувајте групна КБТ како предност над индивидуална КБТ. Иако постои доказ дека групната КБТ е поефикасна отколку повеќе други



интервенции, помалку е клинички ефикасна и рентабилна отколку индивидуалната КБТ.

- 1.3.4 За возрасни кои одбиваат КБТ и сакаат да се разгледа друга психолошка интервенција понудете КБТ која се заснова на поддршка на самопомошта (видете ја [препораката 1.3.15](#)).
- 1.3.5 За возрасни кои одбиваат когнитивни бихејвиорални интервенции и покажуваат приоритет за фармаколошка интервенција, разговарајте за нивните причини во врска со одбивањето на когнитивните бихејвиорални интервенции и именувајте ги сите грижи.
- 1.3.6 Ако лицето сака да продолжи со фармаколошката интервенција, понудете селективен серотонин риаптејк инхибитор (SSRI) (escitalopram или sertraline). Внимателно следете го лицето заради појава на несакани реакции (видете ги [препораките 1.3.17–1.3.23](#)).
- 1.3.7 За возрасните кои одбиваат когнитивни бихејвиорални и фармаколошки интервенции, размислувајте за краткорочна психодинамична психотерапија која е специфично развиена за третман на социјално анксиозно растројство (видете ја [препораката 1.3.16](#)). Бидете свесни за поограничената ефикасност и малата рентабилност на оваа интервенција, споредена со КБТ, со самопомошта и со фармаколошките интервенции.

### Опции за возрасни лица со или без делумен одговор на иницијалниот третман

- 1.3.8 Кај возрасни, чии симптоми на социјалното анксиозно растројство покажале само делумен одговор на индивидуалната КБТ по соодветен тек на третман, размислете за фармаколошка интервенција (видете ја [препораката 1.3.6](#)) во комбинација со индивидуална КБТ.
- 1.3.9 Кај возрасни, чии симптоми покажале само делумен одговор на SSRI (escitalopram или sertraline) по 10 до 12 недели од третманот, понудете индивидуална КБТ како дополнување на SSRI.
- 1.3.10 Кај возрасни, чии симптоми не одговориле на SSRI (escitalopram или sertraline) или не можат да ги толерираат несаканите ефекти, понудете алтернативни SSRI (fluvoxamine<sup>[1]</sup> или paroxetine) или серотонин норадреналин риаптејк инхибитор (SNRI) (venlafaxine), земајќи ги предвид:
- Тенденцијата на paroxetine и venlafaxine да создаваат синдром на дисконтинуитет (кој може да биде редуциран со помош на препаратите со продолжено ослободување).
  - Ризикот од суицид и веројатноста од токсикација при предозирање.
- 1.3.11 Кај возрасни, чии симптоми не одговориле на алтернативните SSRI или на SNRI, понудете инхибитор на моноаминооксидазата (phenelzine<sup>[2]</sup> или moclobemide).
- 1.3.12 Разговарајте за опција за индивидуална КБТ со возрасните, чии симптоми не одговориле на фармаколошки интервенции.

## Доставување психолошки интервенции за возрасни лица

1.3.13 Индивидуалната КБТ (Clark и Wells модел) за социјалното анксиозно растројство треба да содржи до 14 сесии со траење од 90 минути, во период од околу 4 месеци и да го вклучува следното:

- Едукација за социјалната анксиозност.
- Практични вежби за демонстрирање на несаканите ефекти од кон себе насоченото внимание и од однесувањата за барање сигурност.
- Видео фидбек за корекција на искривениот негативен лик за себе.
- Систематско обучување за фокусирано внимание кон надвор.
- Бихевиорални експерименти во рамките на сесија за да се тестираат неповолните размислувања за поврзани домашни задачи.
- Обука за да ги разграничи или запис за да се справи со проблематичните сеќавања на социјалната траума.
- Испитување и модификација на основните верувања.
- Модификација на обработката од проблематичните пред-настани и после-настани.
- Превенција на релапс.

1.3.14 Индивидуалната КБТ (Heimberg модел) за социјалното анксиозно растројство треба да се состои од 15 сесии во траење од 60 минути и 1 сесија од 90 минути за експозиција, во период од околу 4 месеци и да го вклучува следното:

- Едукација за социјална анксиозност.
- Когнитивно реструктурирање.
- Постепена експозиција на социјалните ситуации со стравување, односно експозиција и во текот на сесиите како третман и како домашна задача.
- Испитување и модификација на основните верувања.
- Превенција на релапс.

1.3.15 Поддршката на самопомошта кај социјалното анксиозно растројство треба да се состои од:

- Обично до 9 сесии, поддршка на користење книга за КБТ која се базира на самопомош, во текот на 3-4 месеци.
- Поддршка за употреба на материјали, како и користење на методите или лице в лице или телефонски, вкупно 3 часа во текот на третманот.

1.3.16 Краткорочна психодинамична психотерапија за социјално анксиозно растројство која обично содржи до 25-30 сесии во траење од 50 минути во текот на 6-8 месеци и го вклучува следното:

- Едукација за социјално растројство.
- Создавање сигурна позитивна терапевтска алијанса за менување несигурни склоности.
- Фокусирање на темата во чие јадро се конфликтните релации кои се во врска со симптомите на социјалната анксиозност.
- Фокусирање на срамот.
- Охрабрување за експозиција во социјални ситуации со засраменост вон терапевтските сесии.

- Поддршка за создавање внатрешен дијалог за самоафирмирање.
- Помош за унапредување на социјалните вештини.

### Пропишување и следење на фармаколошките интервенции кај возрасни лица

1.3.17 Пред да пропишете фармаколошка интервенција за социјалното анксиозно растројство, разговарајте за опциите на третманот и за кои било поплаки во врска со лековите што ги има лицето. Целосно објаснете му ги причините за пропишување и спроведете информација во пишана и во вербална форма:

- За веројатните придобивки од различни лекови.
- За различни склоности на секој лек за несакани ефекти, за синдроми на дисконтинуираност и за интеракции.
- За ризик од рано активирани симптоми од SSRI и SNRI, како што се зголемува анксиозноста, агитацијата, напнатоста и проблемите со спиење.
- За постепен развој, над 2 недели или повеќе, на целосниот анксиолитичен ефект.
- За важноста на земањето лекови како што се пропишани, известувајќи за несаканите ефекти и разговарајќи со лекарот што ги препишува за сите грижи во врска со стопирање на лековите и потребата да се продолжи третманот по ремисија за да се избегне релапсот.

1.3.18 Организирајте да ги видите лицата на возраст од 30 години и постари кои не се проценети да бидат изложени на ризик за суицид во рамките на 1 до 2 недели од првото препишување на SSRI или SNRI:

- За да разговарате за сите можни несакани ефекти и потенцијалната интеракција со симптоми на социјалното анксиозно растројство (на пример: зголемен немир или агитација).
- За да ги советувате и да ги подржите да се вклучуваат во постепено изложување на ситуации со стравување или на избегнатите социјални ситуации.

1.3.19 По иницијалната средба (видете ја препораката 1.3.18) организирајте да го видите лицето на секои 2-4 недели во текот на првите 3 месеци од третманот, а потоа на секој месец. Продолжете да го поддржувате да се вклучи во постепено изложување на ситуации со стравување или на избегнатите социјални ситуации.

1.3.20 Кај лицата на возраст под 30 години на кои им се понудени SSRI или SNRI:

- Предупредете ги дека овие лекови се поврзани со зголемен ризик за суицидални мисли и самоповредување кај минорен број лица кои се под 30 години.
- Видете ги во рамките на 1 недела од првото пропишување.
- Следете го ризикот од суицидални мисли и самоповредување неделно во текот на првиот месец. [Оваа препорака е од Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults (NICE clinical guideline 113)].

1.3.21 Организирајте да ги видите лицата кои се проценети да бидат на ризик за суицид неделно, се додека не постои индикација за зголемен суицидален ризик, потоа на секои 2-4 недели во текот на првите 3 месеци од третманот, а потоа на

секој месец. Продолжете да ги поддржувате да се вклучаат во постепено изложување на ситуации со стравување или на избегнатите социјални ситуации.

1.3.22 Советувајте ги лицата кои земаат инхибитор на моноаминооксидазата за диеталните и фармаколошките рестрикции во врска со употребата на овие лекови, како што е дадено во Британскиот национален формулар.

1.3.23 Кај лицата кои развиваат несакани ефекти наскоро по започнувањето на фармаколошката интервенција, спроведете информации и размислувајте за 1 од следните стратегии:

- Следете ги симптомите на лицето внимателно (ако несаканите ефекти се благи и прифатливи за лицето).
- Редуцирајте ја дозата на лекот.
- Стопирајте го лекот и понудете или алтернативен лек или индивидуална КБТ, во согласност со изборот на лицето.
- [Оваа препорака е адаптирана од Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults (NICE clinical guideline 113)].

1.3.24 Ако симптомите на лицето со социјално анксиозно растројство добро одговориле на фармаколошката интервенција во првите 3 месеци, продолжете ја за најмалку уште 6 месеци.

1.3.25 Кога ќе ја стопирате фармаколошката интервенција, намалете ја дозата на лекот постепено. Ако симптомите повторно се појават по намалената доза или стопираниот лек, размислувајте да ја зголемите дозата, повторно да го внесете лекот или понудете индивидуална КБТ.

## **1.4 Идентификување и проценка на деца и на млади лица**

### **Идентификување на деца и на млади лица со можно социјално анксиозно растројство**

1.4.1 Професионалците за здравствена и за социјална заштита во примарната здравствена заштита, во образованието и во заедницата би требало да бидат предупредени за можните анксиозни растројства кај децата и кај младите лица, особено кај оние кои го избегнуваат училиштето, социјалните или групните активности; избегнуваат да зборуваат во социјални ситуации или се нервозни, екстремно срамежливи или премногу се потпираат на родителите или старателите. Размислувајте да ги прашате децата или младите лица за нивните чувства на анксиозност, страв, избегнување, вознемиреност и придружни однесувања (или родителот или старателот) да помогнат во утврдувањето дали социјалното анксиозно растројство е присутно, користејќи ги следниве прашања:

- „Понекогаш лицата се многу исплашени кога треба да извршат нешто со други лица, особено со лица кои не ги познаваат. Тие би можело да се загрижат кога би извршувале нешто со други лица кои ги набљудуваат. Тие би можело да станат исплашени дека ќе сторат нешто смешно или, пак, тие лица ќе се пошегуваат со нив. Тие би можело да не сакаат да ги извршат тие работи; или,

пак, ако мораат да ги сторат, тогаш тие може да станат многу вознемирени или лути.“

- „Дали Вие/Вашето дете станува исплашено кога врши работи заедно со други лица, како што е зборување, јадење, одење на забави или други работи на училиште или со пријатели?“
- „Дали Вие/Вашето дете смета дека му е тешко да извршува работи додека други лица го набљудуваат, како што е учество во некој спорт, учество во претстави или концерти, прашување или одговарање прашања, гласно читање или држење говор во класот?“
- „Дали Вие/Вашето дете некогаш чувствува дека не може да ги изврши овие работи или се обидува да избега од нив?“

1.4.2 Ако детето или младото лице (или родител или старател) одговори со 'да' на едно или на повеќе од прашањата во препораката 1.4.1, размислувајте за детална проценка на социјалното анксиозно растројство (видете ги [препораките 1.4.5–1.4.11](#)).

1.4.3 Ако прашањата за идентификација (видете ја [препораката 1.4.1](#)) упатуваат на можно социјално анксиозно растројство, а лекарот не е надлежен да изведе проценка на менталното здравје, упатете го детето или младото лице кај соодветен професионалец за здравствена заштита. Ако овој професионалец не е матичниот лекар на детето или на младото лице, известете го матичниот лекар за упатувањето.

1.4.4 Ако прашањата за идентификација (видете ја [препораката 1.4.1](#)) упатуваат на можно социјално анксиозно растројство, лекарот кој е надлежен да изведе проценка на менталното здравје треба да го прегледа менталниот статус на детето или на младото лице, како и придружните функционални, интерперсонални и социјални проблеми.

### **Проценка на деца и на млади лица со можно социјално анксиозно растројство**

1.4.5 Деталната проценка на дете или на младо лице со можно социјално анксиозно растројство треба:

- Да обезбеди можност за детето или за младото лице да биде распрашано насамо во одреден момент во текот на проценката.
- Ако е возможно да се вклучи родител, старател или друг возрасен којшто му е познат на детето или на младото лице, којшто може да даде информации за сегашното и за минатото однесување.
- Ако е неопходно, да се вклучат повеќе од еден професионалец за да се осигури дека деталната проценка е спроведена.

1.4.6 Кога проценувате дете или младо лице, добијте детален опис за неговата сегашна социјална анксиозност и придружните проблеми, вклучувајќи:

- Ситуации на стравување и избегнати социјални состојби.
- Она од кое тие се плашат би можело да им се случи во социјални ситуации (на пример: да изгледаат напнато, зацрвенето, испотено, растреперено или да испаднат досадни).
- Симптоми на анксиозност.

- Гледиште за себе.
- Содржина на сликата за себе.
- Однесувања кои бараат сигурност.
- Фокусирање на вниманието за социјалната ситуација.
- Обработување на настанот пред и по неговото случување, особено кај постари деца.
- Фамилијарни околности и поддршка.
- Пријателства и врсници, образовни и социјални околности.
- Употреба на лекови, алкохол и рекреативни дроги.

1.4.7 Како дел од целокупната проценка, оценете ги причинските фактори и факторите за одржување на социјалното анксиозно растројство кај дете или кај младо лице во нивниот дом, училиштето и во социјалната средина, особено:

- Однесувања на родителите кои поттикнуваат и поддржуваат анксиозни однесувања или кои не поддржуваат позитивни однесувања.
- Тероризирање од страна на врсниците во училиште или во друго опкружување.

1.4.8 Како дел од деталната проценка, оценете за можните коегзистенцијални состојби, како што се:

- Други состојби на менталното здравје (на пример: други анксиозни растројства и депресија).
- Состојби од невроразвојни причини, како што се хиперактивното растројство со дефицит на вниманието, аутизам и тешкотии во учењето.
- Злоупотреба на дрога и алкохол (видете во препораката 1.2.12).
- Говорни и јазични проблеми.

1.4.9 За да се помогне во проценувањето на социјалното анксиозно растројство и на другите чести нарушувања на менталното здравје, размислете да користите формални инструменти (и верзии на инструментите за дете и верзии на инструментите за родител; ако е возможно и ако е индицирано), како што се:

- LSAS – детска верзија или Social Phobia и Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) за деца, или SPIN или LSAS за млади лица.
- Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC); Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) за деца и за млади лица кои можеби имаат коморбидна депресија или друго анксиозно растројство; Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) или Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) за деца.

1.4.10 Користете формални инструменти за проценка за да го помогнете дијагностицирањето на други проблеми, како што се:

- Валидна мерка за когнитивните способности за дете или за младо лице со сомнение за тешкотии во учењето.
- Strengths and Difficulties Questionnaire за сите деца и сите млади лица.

1.4.11 Проценете ги ризиците и штетата со кои се соочува детето или младото лице и, ако е потребно, развијте план за раководење со ризикот од самозанемарување,

семејно злоставување или занемарување, експлоатација од страна на други, самоповредување или повредување други.

1.4.12 Развијте го профилот на детето или младото лице за да ги откриете нивните потреби и секое следно проценување кое може да е потребно, вклучувајќи ги степенот и етиологијата:

- На социјалното анксиозно растројство и кои било придружни тешкотии (на пример: селективен мутизам).
- На кои било коекзистирачки проблеми на менталното здравје.
- На состојбите од невроменталниот развој, како што е хиперактивното растројство со дефицит на вниманието, аутизам и тешкотии во учењето.
- На доживеаното насилство или на социјалното прогонство.
- На пријателството со врсници.
- На говорните, јазичните и комуникациските вештини.
- На нарушувањата на физичкото здравје.
- На личното и социјалното функционирање за да се укаже на сите потреби (лични, социјални, водење домаќинство, едукативни и окупациски потреби).
- На едукациските и окупациските цели.
- На потребите на родителот или на старателот, вклучувајќи ги потребите на менталното здравје.

## **1.5 Интервенции за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство**

### **Принципи на третман**

1.5.1 Сите интервенции за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство би требало да бидат дадени од страна на надлежни лекари. Психолошките интервенции би требало да се базираат на релевантен прирачник (прирачници) за третман, кои треба да даваат упатства за структурата и за траењето на интервенцијата. Лекарите треба да размислуваат за користење соодветни шеми кои се развиени од релевантен прирачник (прирачници) за третман, а за сите интервенции треба:

- Да добијат редовна супервизија од висок квалитет.
- Да користат рутински сесиски мерки за резултатите, на пример:
  - LSAS – детска верзија или SPAI-C; и SPIN или LSAS за млади лица.
  - MASC, RCADS, SCAS или SCARED за деца.
- Да ги вклучат во мониторирањето и во евалуацијата на третманот адхеренцата и надлежноста на лекарот, на пример, со користење видео и аудио ленти и надворешна ревизија и контрола, доколку е соодветно.

1.5.2 Бидете свесни за влијанието на домот, училиштето и пошироката социјална средина врз одржувањето и третманот на социјалното анксиозно растројство. Одржувајте фокус на емоционалните, едукативните и социјалните потреби на детето или на младото лице и работете со родителите, наставниците, другите возрасни, како и со врсниците на детето или младото лице за да создадете средина која го поддржува остварувањето на договорените цели на третманот.

## Третман за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство

1.5.3 Понудете индивидуална или групна КБТ, фокусирана на социјалното анксиозно растројство (видете ги препораките 1.5.4 и 1.5.5) за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство. Размислете за вклучување на родителите или старателите за да осигурите ефикасно пружање на интервенција, особено кај малите деца.

### Пружање психолошка интервенција за деца и за млади лица

1.5.4 Земајќи ги предвид когнитивната и емоционалната зрелост на детето или на младото лице, индивидуалната КБТ треба да се состои од следното:

- 8–12 сесии со траење од 45 минути.
- Психоедукација, изложување на социјални ситуации со стравување и изложување на претходно избегнувани социјални ситуации, обука за социјални вештини и можности за вежбање вештини во социјални ситуации.
- Психоедукација и обука на вештини за родителите, особено на малите деца, да се промовира и зајакнува изложувањето на детето на ситуации на стравување или на избегнувани социјални ситуации и развивање вештини.

1.5.5 Земајќи ги предвид когнитивната и емоционалната зрелост на детето или на младото лице, групната КБТ треба да се состои од следното:

- 8–12 сесии во траење од 90 минути со групи од деца или од млади лица, ранжирани на иста возраст.
- Психоедукација, изложување на социјални ситуации со стравување и на избегнати социјални ситуации, обука во социјални вештини и можности за вежбање вештини во социјални ситуации.
- Психоедукација и вештини со кои се обучени родителите, особено на малите деца, да се промовира и да се зајакнува изложувањето на детето на ситуации на стравување или на избегнати социјални ситуации и развивање вештини.

1.5.6 За млади лица (обично на возраст од 15 години и постари) кои имаат когнитивен и емоционален капацитет да преземат третман кој бил развиен за возрасни, сметајте на психолошките интервенции кои биле развиени за возрасни (видете го [делот 1.3](#)).

## 1.6 *Интервенции кои не се препорачани за третман на социјално анксиозно растројство*

1.6.1 Рутински не понудувајте фармаколошки интервенции за третирање на социјално анксиозно растројство кај деца и кај млади лица.

1.6.2 Рутински не понудувајте антиконвулзивни, трициклични антидепресивни, бензодиазепински или антипсихотични медикаменти за третирање на социјалното анксиолитично растројство кај возрасни.

1.6.3 Рутински не понудувајте интервенции<sup>[3]</sup> кои се базираат на совесност или на супортивна терапија за третирање социјално анксиозно растројство.



- 1.6.4 Не понудувајте St John's хербални препарати или други лекови и препарати за анксиозност кои не се пропишуваат на рецепт за да го третирате социјалното анксиозно растројство. Објаснете ги потенцијалните интеракции со други пропишани и непропишани на рецепт лекови и недостатокот на докази за поддршка на нивната безбедна употреба.
- 1.6.5 Не понудувајте ботулинум токсин за третман на хиперхидрозата (претерано потење) кај лицата со социјално анксиозно растројство. Ова е затоа што не постои добар квалитет на докази кои покажуваат корист од ботулинум токсинот во третманот на социјалното анксиозно растројство, а исто така може да биде и штетен.
- 1.6.6 Не понудувајте ендоскопска торакална симпатектомија за третман на хиперхидрозата или на лицевото поцрвенување кај лицата со социјално анксиозно растројство. Тоа е заради недостатокот на добри докази кои покажуваат корист од ендоскопската торакална симпатектомија во третманот на социјалното анксиозно растројство, а исто така може да биде и штетна.

## 1.7 Специфични фобии

### Интервенции кои не се препорачуваат

- 1.7.1 Рутински не понудувајте компјутеризирана КБТ за третман на специфични фобии кај возрасни.

- 
- [1] Во периодот на публикувањето (мај 2013 год.) во Велика Британија немаше маркетиншко овластување за употреба на fluvoxamine кај возрасни со социјално анксиозно растројство. Лекарот кој го пропишува лекот треба да следи релевантно професионално упатство, преземајќи целосна одговорност за одлуката. Треба да се добие одобрение и тоа да биде документирано. Видете во 'Добра практика во пропишување и раководење со лекови и помагала' (од General Medical Council) за понатамошни информации.
- [2] Во периодот на публикувањето (мај 2013 год.) во УК немаше маркетиншко овластување за употреба на phenelzine кај возрасни со социјално анксиозно растројство. Лекарот кој го препишува лекот треба да следи релевантно професионално упатство, преземајќи целосна одговорност за одлуката. Треба да се добие одобрение и тоа да биде документирано. Видете во 'Добра практика во пропишување и раководење со лекови и помагала' (од General Medical Council) за понатамошни информации.
- [3] Ова вклучува редукција на стресот/напнатоста која е базирана на совесност и когнитивна терапија која е базирана на совесност.

## 2. Препораки за истражување

Групата за развој на упатството ги направи следниве препораки за истражување, кои се базираат на нејзините прегледи на доказите, со цел да го подобри NICE упатството и заштитата на пациентот во иднина.

### 2.1 *Вклучување и ангажирање на возрасните со интервенциите за социјалното анксиозно растројство*

Кои методи се ефикасни за подобрување на вклучувањето и на ангажирањето со интервенциите за возрасните со социјално анксиозно растројство?

#### **Зошто е ова важно**

Постојат ефикасни интервенции за социјалното анксиозно растројство, но пристапот до услугите и пристапот за вклучување е ограничен, така што повеќе од 50% од лицата со социјално анксиозно растројство никогаш не добиваат третман, а оние кои добиваат третман, поголемиот број од нив чекаат за него по 10 години или повеќе.

Ова прашање треба да се реши со програмата која ги тестира бројните стратегии за унапредување на вклучувањето и ангажирањето, како што се:

- Развој и евалуација на подобрени начини во заштитата, во соработка со малку корисници на услуги, низ серии од студии на кохорти со резултати во кои е вклучено зголемено вклучување и задржување во услугите.
- Прилагодување во давањето на постоечките интервенции за социјално анксиозно растројство во соработка со корисниците на услуги. Прилагодувањата би можеле да вклучат промени во тоа како се поставени методите на давање интервенции или на персоналот кој дава интервенции. Овие интервенции би требало да бидат тестирани во рандомизирани контролни студии кои се така дизајнирани за да дадат известување за краткорочните и за среднорочните резултати (вклучувајќи ја рентабилноста) за период од најмалку 18 месеци.

### 2.2 *Специфична, наспроти општа КБТ за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство*

Која е клиничката ефикасност и рентабилноста на специфичната КБТ за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство во компарација со општата КБТ која има акцент на анксиозноста?

#### **Зошто е ова важно**

Децата и младите лица со социјално анксиозно растројство, главно, се третирани со психолошки интервенции кои покриваат широк ранг на анксиозни растројства, отколку со интервенциите кои се специјално фокусирани на социјалното анксиозно растројство. Овој пристап може да се смета дека е полесен и поефтин за користење, но новите докази упатуваат дека кај децата и кај младите лица со социјално анксиозно растројство може да се стори помалку со овие општи третмани отколку кај оние лица со други анксиозни растројства. Сепак, не постојат директни компарации на

резултатите од употребата на општиот третман во однос на програмите за специфичен третман на социјалната анксиозност.

Ова прашање треба да биде одговорено користејќи рандомизирани контролни студии кои се така дизајнирани да известуваат за краткорочните и за среднорочните резултати (вклучувајќи ја рентабилноста) со период на следење од најмалку 12 месеци. Резултатите би требало да се оценуваат со структурни клинички интервјуа, извештаи од родител и со сопствени извештаи, користејќи валидни прашалници и објективни мерки за однесувањето. Потребно е студијата да биде доволно голема за да го одреди присуството на важните клинички влијанија, а медијаторите и модераторите (особено возраста на детето или на младото лице) би требало да бидат испитани.

### **2.3 Улогата на родителите во третманот на деца и на млади лица со социјално анксиозно растројство**

Кој е најдобриот начин за вклучување родители во третманот на децата и на младите лица (со различен степен на развој) со социјално анксиозно растројство?

#### **Зошто е ова важно**

Постојат мал број докази кои даваат упатства за водење на третманот на социјалното анксиозно растројство кај децата кои се на возраст под 7 години. Многу е веројатно дека третманот ќе биде најефикасно даден и целосно и делумно, од страна на родителите. Интервенциите со воспитување се ефикасни во третирањето на други психолошки проблеми во оваа возраст, а ова упатство најде најнови докази дека овие пристапи би можеле да бидат корисни за третман на мали деца со социјална анксиозност.

Сепак, кога се разгледуваат сите возрасни групи, проблемите со менталното здравје на родителите и практиката на воспитување се поврзани со развивањето и одржувањето на социјалното анксиозно растројство кај децата и кај младите лица. Ова укажува дека интервенциите, насочени кон овие фактори кои произлегуваат од родителите, може да ги подобрат резултатите од третманот. Меѓутоа, интервенциите за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство многу се разликуваат во обемот и во начинот на кој родителите се вклучени во третманот, а бенефитот од вклучувањето на родителите во интервенциите не е утврден.

Ова прашање би требало да се реши во 2 фази:

- Интервенциите, во чиј фокус се родителите, би требало да се развиваат врз база на систематичен преглед од литературата и од соработката со корисниците на услугите.
- Клиничката ефикасност и рентабилност на овие интервенции на различни фази од развојот би требало да се тестираат, користејќи рандомизирани контролни студии со стандардна заштита (на пример, групна КБТ) како компарација. Тие треба да известуваат за краткорочните и за среднорочните резултати (вклучувајќи ја рентабилноста) со период на следење од најмалку 12 месеци. Резултатите би требало да се оценуваат со структурни клинички интервјуа, извештаи од родител и со сопствени извештаи, користејќи валидни прашалници и објективни мерки за однесувањето. Потребно е студијата да биде доволно голема за да го одреди

присуството на важните клинички влијанија, а медијаторите и модераторите (особено возраста на детето или на младото лице) би требало да бидат испитани.

## **2.4 Индивидуална, наспроти групна КБТ за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство**

Која е клиничката ефикасност и рентабилност на индивидуалната и на групната КБТ за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство?

### **Зошто е ова важно**

Поголемиот дел од систематското вреднување на интервенциите за социјално анксиозно растројство кај деца и кај млади лица имал групен пристап. Сепак, студиите во кои е вклучена возрасната популација, упатуваат дека дадените индивидуални третмани се поврзани со подобри резултати и се порентабилни.

Ова прашање би требало да се реши со користење рандомизирани контролни студии кои се така дизајнирани за да ги споредуваат клиничката ефикасност и рентабилноста на индивидуалната и на групната терапија за деца и за млади лица со социјално анксиозно растројство. Тие треба да известуваат за краткорочните и за среднорочните резултати (вклучувајќи ја рентабилноста) со период на следење од најмалку 12 месеци. Резултатите би требало да се оценуваат со структурни клинички интервјуа, извештаи од родител и со сопствени извештаи, користејќи валидни прашалници и објективни мерки за однесувањето. Потребно е студијата да биде доволно голема за да го одреди присуството на важните клинички влијанија, а медијаторите и модераторите (особено во возраст на детето или на младото лице и во семеен и социјален контекст) би требало да се испитаат.

## **2.5 Комбинирани интервенции за возрасни лица со социјално анксиозно растројство**

Која е клиничката ефикасност и рентабилност на комбинација од психолошки и фармаколошки интервенции, споредени со која било интервенција одделно, во третманот на возрасни лица со социјално анксиозно растројство?

### **Зошто е ова важно**

Постојат докази за ефикасноста и на КБТ и на лековите, особено на SSRI во третманот на социјалното анксиозно растројство. Сепак, малку се знае за ефектот на комбинираната фармаколошка и психолошка терапија и покрај нејзината широка употреба. Разбирањето на трошоците и бенефитот на комбинираниот третман може да води до поефикасни и одбрани комбинации ако се докаже дека тие се поефикасни отколку единечните третмани. Студијата, исто така, ќе обезбеди важни информации за долгорочните придобивки од лековите.

Ова прашање треба да се реши во голема рандомизирана контролна студија во 3 фази во која се споредуваат клиничката ефикасност и рентабилноста на комбинацијата од индивидуалната КБТ и SSRI третманот со индивидуалната КБТ или со SSRI одделно. На учесниците во студијата кои примаат лекови би требало тоа да им се понуди за 1

година. Студијата би требало да даде податоци за краткорочните и за среднорочните резултати (вклучувајќи ја рентабилноста) со следење во период од најмалку 24 месеци. Примарниот резултат би требало да се зајакне со важни секундарни резултати кои биле задржани во текот на третманот, со искуството и несаканите ефекти на лековите, како и со социјалното и личното функционирање. Потребно е студијата да биде доволно голема за да го одреди присуството на важните клинички влијанија, а медијаторите и модераторите би требало да се испитаат.

## 3. Други информации

### 3.1 Делокруг и како беше развивано ова упатство

NICE упатствата се развиени во согласност со делокругот кој дефинира што ќе опфати и што нема да опфати упатството.

#### Како беше развиено ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за соработка за ментално здравје да го развие ова упатство. Центарот основа Група за развој на упатството (видете го делот 4), која ги прегледа доказите и ги разви препораките.

Матодите и процесите за развивање на NICE клиничките упатства се опишани во Прирачник за упатства.

### 3.2 Поврзани NICE упатства

Понатамошни информации се достапни на веб страницата на NICE.

#### Објавено

#### Општо

- Patient experience in adult NHS services. NICE clinical guidance 138 (2012).
- Service user experience in adult mental health. NICE clinical guidance 136 (2011).
- Common mental health disorders. NICE clinical guideline 123 (2011).
- Medicines adherence. NICE clinical guideline 76 (2011).

#### Специфична состојба

- Autism in adults. NICE clinical guideline 142 (2012).
- Autism diagnosis in children and young people. NICE clinical guideline 128 (2011).
- Alcohol dependence and harmful alcohol use. NICE clinical guideline 115 (2011).
- Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. NICE clinical guideline 113 (2011).
- Looked-after children and young people. NICE public health guidance 28 (2010).
- Depression. NICE clinical guideline 90 (2009).
- Social and emotional wellbeing in secondary education. NICE public health guidance 20 (2009).
- Social and emotional wellbeing in primary education. NICE public health guidance 12 (2008).
- Attention deficit hyperactivity disorder. NICE clinical guideline 72 (2008).
- Drug misuse. NICE clinical guideline 51 (2007).
- Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. NICE clinical guideline 31 (2005).
- Depression in children and young people. NICE clinical guideline 28 (2005).
- Post-traumatic stress disorder. NICE clinical guideline 26 (2005).

## Во тек на развој

NICE ги развива следниве упатства (деталите се достапни на [веб страницата на NICE](#)):

- Autism: management of autism in children and young people. NICE clinical guideline. Се чека објавување во ноември 2013 година.

## **4. Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектантски тим**

### ***4.1 Група за развивање на упатството***

(13 члена, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg159](https://guidance.nice.org.uk/cg159)).

### ***4.2 Национален центар за соработка за ментално здравје***

(8 члена, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg159](https://guidance.nice.org.uk/cg159)).

### ***4.3 NICE проектантски тим***

(6 члена, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg159](https://guidance.nice.org.uk/cg159)).



## За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и за заштитата на лицата со специфични заболувања и состојби во Националната здравствена служба (NHS) во Англија и во Велс.

NICE упатствата се развиени во согласност со делокругот кој дефинира кое упатство ќе биде опфатено, а кое упатство нема да биде опфатено.

Упатството е развиено од страна на Националниот центар за соработка за ментално здравје кој е дел од Кралскиот колегиум на психијатри (Royal College of Psychiatrists). Центарот за соработка работеше со Групата за развој на упатството која ја сочинуваат група професионалци за здравствена заштита (во кои беа вклучени консултанти, лекари од општа пракса и сестри), пациенти, негуватели/старатели и технички тим кој ги прегледа доказите и ги подготви препораките. Препораките беа завршени по јавна консултација.

Методите и процесот за развивање на NICE клиничките упатства се опишани во 'Прирачник за упатства'.

### ***Јачина на препораките***

Некои препораки може да бидат создадени со повеќе сигурност отколку други. Групата за развој на упатството создава препорака која се базира на размена помеѓу придобивките и штетите од интервенцијата, земајќи го предвид квалитетот на поткрепувањето на доказите. За некои интервенции Групата за развој на упатството е уверена дека, штом дадените упатства се разгледани, поголем број од пациентите би избрале интервенција. Текстот кој е користен во препораките од ова упатство ја означува сигурноста со која е направена препораката (јачина на препораката).

За сите препораки NICE очекува да се развие дискусија со корисниците на услугите околу ризиците и придобивките на интервенциите, нивните вредности и приоритети. Оваа дискусија има за цел да им помогне да дојдат до одлука која се темели врз целосни информации (видете, исто така, во 'Грижа насочена кон пациентот').

### **Интервенции кои мора (или не мора) да бидат користени**

Обично, ние користиме 'мора' или 'не мора' само ако постои законска обврска за примена на препораката. Повремено користиме 'мора' (или 'не мора') ако последиците од неследењето на препораката би можеле да бидат исклучително сериозни или потенцијално опасни за животот.

### **Интервенции кои треба (или не треба) да бидат користени – 'силна' препорака**

Ние употребуваме 'понудете' (и слични зборови како 'упатете' или 'советувајте') кога сме убедени дека за најголемото мнозинство од пациентите една интервенција ќе направи многу поголема придобивка отколку штета и би била рентабилна. Ние употребуваме слични зборови (на пример: 'не понудувајте') кога сме убедени дека интервенцијата нема да биде од корист за најголемиот дел од пациентите.

## **Интервенции кои би можеле да бидат користени**

Ние употребуваме 'размислувајте/сметајте/рачунајте/имајте предвид' кога сме убедени дека една интервенција ќе направи многу поголема придобивка отколку штета кај најголемиот број од пациентите и ќе биде рентабилна, но и други опции можат да бидат со слична рентабилност. Изборот на интервенцијата, како и дали да има или дали да нема интервенција кај сите, најверојатно зависи од вреднувањето на пациентот и од параметрите кои не се од оние за силна препорака, така професионалците за здравствена заштита треба да поминуваат повеќе време, сметајќи и дискутирајќи за опциите со пациентот.

## **Препорака за текстот во прилагодените препораки**

NICE започна со користење на овој пристап за да ја означи јачината на препораките во упатствата кои започнаа да се развиваат по публикацијата во верзијата од 2009 год. 'Прирачник за упатства' (јануари 2009 год.) ('The guidelines manual'). Ова не се однесува на оние препораки кои се прилагодени од упатствата кои започнаа со развивање пред ова. Особено, прилагодените препораки кои го користат зборот 'сметајте/размислете' може нужно да не биде употребен за да ја означи јачината на препораката.

## ***Други верзии на ова упатство***

Целосното упатство, 'Социјално анксиозно растројство: препознавање, проценка и третман' содржи детали за методите и за доказите кои се употребени за развивање на упатството. Тоа е објавено од страна на Националниот центар за соработка за ментално здравје.

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во патеките на NICE.

Ние создадовме информации за јавноста за ова упатство.

## ***Имплементација***

Алатките за имплементација и изворите се достапни за да ви помогнат во практикувањето на упатството.

## ***Ваша одговорност***

Ова упатство претставува гледиште на NICE кое е добиено по внимателно разгледување на достапните докази. Професионалците за здравствена заштита очекуваа целосно да го земат предвид при донесувањето на клиничката одлука. Сепак, упатството не ја отфрла индивидуалната одговорност на професионалците за здравствена заштита во создавањето одлуки, кои ќе бидат во согласност со околностите на пациентот индивидуално, во консултација со пациентот и/или старателот или негувателот и нивната информираност за кратката содржина на својствата на кој било лек што е разгледуван.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните повереници и/или спроведувачи. Поверениците и спроведувачите се потсетувани дека нивна одговорност е да го имплементираат упатството во локален контекст. Во рамките на нивните обврски е да имаат долга почит кон потребата да се избегне незаконската дискриминација, да промовираат еднаквост на можностите и да поттикнуваат добри релации. Во ова упатство ништо не треба да биде интерпретирано на начин кој може да биде неприкладен во однос на придржувањето кон тие обврски.

### ***Авторски права***

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност 2013. (© National Institute for Health and Clinical Excellence 2013). Сите права се задржани. Материјалите на NICE можат да се користат за приватни испитувања и студии; можат да се умножуваат за едукативни цели и за цели со кои не се профитира. Умножувањето од страна на комерцијални организации или за комерцијални организации, односно за комерцијални цели не е дозволено без писмена дозвола од страна на NICE.

### ***NICE контакт***

National Institute for Health and Care Excellence  
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

[nice@nice.org.uk](mailto:nice@nice.org.uk)

0845 033 7780

ISBN: 978-1-4731-0128-9