

ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ із розладом соціальної тривоги

Розлад соціальної тривоги є одним із найпоширеніших тривожних розладів. У більшості випадків він має безремісійний і хронічний перебіг, впливаючи на функціонування у таких сферах, як стосунки, освіта та професійна діяльність. На основі систематичного огляду публікацій фахівці Бразильської психіатричної асоціації (ABP, 2025) оновили попередні рекомендації щодо лікування пацієнтів із РСТ. Пропонуємо до вашої уваги огляд основних положень цієї настанови.

Характерними проявами розладу соціальної тривоги (РСТ) є інтенсивні й непропорційні відчуття страху або тривоги, пов'язані із ситуаціями соціальної взаємодії, приймання їжі при спостереженні іншими, публічні виступи тощо. Пацієнти висловлюють стурбованість щодо потенційних негативних оцінок їхньої поведінки, результатів діяльності або проявів тривоги, уникають важливих соціальних заходів або ж переносять їх із сильним відчуттям страху/тривоги. Симптоми мають бути достатньо інтенсивними, щоб спричиняти значний дистрес або порушення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній та інших сферах і тривати принаймні кілька місяців (APA, 2022; WHO, 2024).

Поширеність РСТ серед дорослих коливається від 0,5 до 12 % (NCCMH, 2013; APA, 2022; NIMH, 2024). У США середній вік початку захворювання становить 13 років. Аналіз впливу РСТ на функціонування показав, що 29,9 % пацієнтів мають серйозні, 38,8 % — помірні, а 31,3 % — легкі порушення (Kessler et al., 2005). У жінок із РСТ частіше наявні соціальні фобії, супутній великий депресивний та інші тривожні розлади (ТР); чоловіки ж більше схильні до страху перед побаченнями й частіше мають коморбідний опозиційно-зухвалий розлад, розлад поведінки або антисоціальний розлад особистості, а також зловживають алкоголем і психотропними речовинами, щоб зменшити їхні прояви. Підліткам із РСТ притаманний підвищений ризик активних суїцидальних думок та спроб самогубства (APA, 2022).

Методи здійснення систематичного огляду

Для оновлення настанови аналізували дані клінічних випробувань із залученням пацієнтів з діагнозами соціальної фобії або РСТ згідно з критеріями Діагностичного і статистичного посібника із психічних розладів 4-го і 5-го переглядів (DSM-IV, DSM-5) або Міжнародної класифікації хвороб 10-го й 11-го переглядів (МКХ-10, МКХ-11), які отримували фармакологічні та/або психотерапевтичні втручання, а також метааналізів і систематичних оглядів. Пошук здійснювали в базах даних PubMed, Cochrane, SciELO та ClinicalTrials.gov. Загалом було відібрано 20 публікацій.

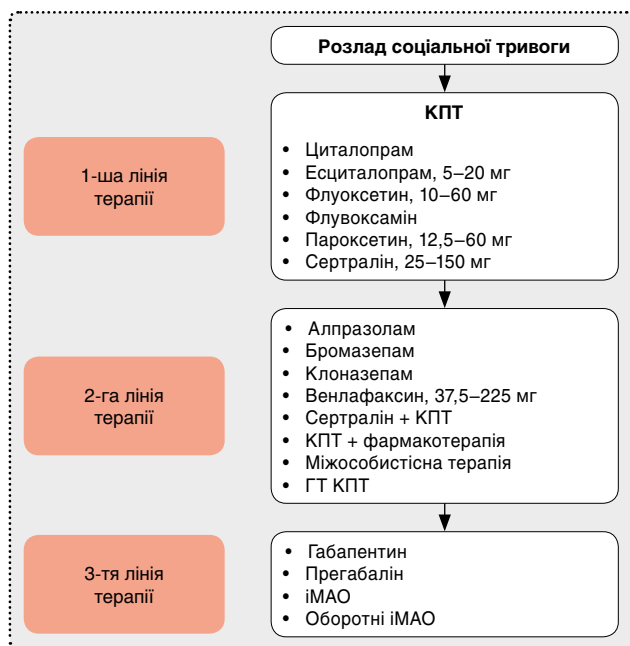
Дані структурували відповідно до стратегії PICO (пацієнт/популяція, що являє інтерес, втручання, порівняння та результат). Основним результатом у більшості досліджень була ефективність втручань для зменшення проявів РСТ (за показниками валідованих шкал); вторинні результати варіювали залежно від методології (поліпшення показників за шкалою оцінювання загального клінічного враження [CGI], зменшення проявів супутніх захворювань [як-от депресія та інші ТР], вибуття з усіх причин, вибуття через побічні ефекти тощо). Ефективність втручань оцінювали за допомогою відношення шансів (ВШ), відносного ризику (ВР) та стандартизованих різниць середніх значень (СРС). Рівень доказовості становив 1 для систематичних оглядів / метааналізів і 2 для рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) за умови низького ризику систематичної похибки; у разі високого/невизначеного ризику рівень доказовості знижували щонайменше на один пункт за Оксфордською класифікацією 2011 р.

Результати

Фармакотерапія

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС). Це був найретельніше протестований клас препаратів, застосовуваних для лікування РСТ. Аналіз даних показав, що терапія циталопрамом, есциталопрамом, флуоксетином, флувоксаміном, пароксетином та сертраліном була ефективною для зменшення проявів РСТ (Li et al., 2020; Liu et al., 2018). В одному дослідженні лікування есциталопрамом, флувоксаміном, пароксетином та сертраліном супроводжувалося вищим рівнем вибуття з дослідження через побічні ефекти, ніж приймання плацебо (Williams et al., 2020). Попри це, рівень доказовості для даної групи препаратів становить 1.

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну йнорадреналіну (СИЗСН). Єдиним препаратом цього класу, для якого в РКД було отримано позитивні результати, був венлафаксин. Проте його переносимість не завжди була задовільною; в одному дослідженні спостерігався вищий рівень вибуття із групи лікування венлафаксином, ніж за приймання плацебо (рівень доказовості 2) (Mayo-Wilson et al., 2014; Williams et al., 2020).



Примітки: КПТ — когнітивно-поведінкова терапія; ГТ КПТ — груповий тренінг із КПТ.

Рисунок. Алгоритм призначення лікування пацієнтам із РСТ

Адаптовано за L. Baldaçara et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the treatment of social anxiety disorder // Braz J Psychiatry, 2025; 47: e20243878

Інгібітори моноаміноксидази (іМАО). Є певні докази, що підтверджують можливість використання цих ліків при РСТ (Mayo-Wilson et al., 2014). Загалом якість доступних даних про необоротні іМАО (фенелзин і транілципромін) та оборотні іМАО-А при РСТ є низькою (рівень доказовості від 3 до 1) (Williams et al., 2020). Серед оборотних іМАО-А основними протестованими препаратами були моклобемід та брофаромін (рівень доказовості від 2 до 1) (Canton et al., 2012). З урахуванням певних факторів їх слід вважати варіантом лікування третьої лінії. На рисунку наведено послідовність, за якою слід обирати препарати для осіб із РСТ.

Бензодіазепіни. Доказів щодо ефективності алпразоламу та клоназепаму за РСТ менше, ніж для СІЗЗС та СІЗЗСН (Mayo-Wilson et al., 2014). В одному випробуванні терапія бромазепамом і клоназепамом сприяла кращій відповіді, ніж приймання плацебо (Williams et al., 2020). Через ризик розвитку залежності та брак досліджень щодо ефективності тривалого лікування рівень доказовості був класифікований як 2.

Протинападкові препарати (ПНП). Унаслідок аналізу лише для двох ПНП, габапентину і прегабаліну, було показано значущу ефективність у трьох РКД (Canton et al., 2012). Початок анксиолітичного ефекту є відносно швидким і проявляється протягом першого тижня лікування. Його залежність від дози формально оцінювалася лише для прегабаліну й була очевидною лише за максимальної дози (600 мг/добу). Це контрастує з ефектами препарату за інших ТР; так, при генералізованому (ГТР) відповідь спостерігалася за приймання значно нижчої дози (150 мг/добу). Даних про тривале лікування або профілактику рецидивів цими препаратами бракує (рівень доказовості 3). Дослідження ефективності вальпроату, топірамату, леветиретацетаму й тіагабіну також показали, що їх застосування сприяє зменшенню соціальної фобії.

Проте вибірки у цих дослідженнях були невеликими ($n = 17–54$) (Canton et al., 2012; Williams et al., 2020).

Інші препарати. Наразі немає доказів, що підтверджували б доцільність використання часткових агоністів 5НТ_{1А}-рецепторів (буспірону), оланзапіну, кветіапіну, β-адреноблокаторів або інгібіторів зворотного захоплення норадреналіну для лікування пацієнтів із РСТ.

Тривалість фармакотерапії

Тривалість лікування РСТ може варіювати залежно від потреб пацієнта та плану лікування, складеного психіатром. У деяких дослідженнях тестування ефективності препаратів тривало від 6 до 28 тижнів (Bernik et al., 2018; Li et al., 2020). Згідно із даною настановою, тривалість терапії має становити 12–24 місяці.

Комбіноване лікування

У декількох дослідженнях оцінювали роль комбінованих (психофармакологічних і психотерапевтичних) втручань. Спеціалісти АВР дійшли висновку, що комбіноване лікування є ефективнішим, ніж застосування цих підходів окремо (Mayo-Wilson et al., 2014; Bandelow et al., 2015). Метааналіз показав, що комбінація когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) / КПТ з експозицією та психофармакології була ефективнішою за певні класи ліків, зокрема СІЗЗС (ВШ 0,83; 95 % довірчий інтервал [ДІ] 0,52–1,33), іМАО (ВШ 0,46; 95 % ДІ 0,18–1,18) та бензодіазепіни (ВШ 0,30; 95 % ДІ 0,09–0,97). Однак розмір вибірки при застосуванні комбінованого аналізу був невеликим ($n = 230$) (Canton et al., 2012).

Цю тенденцію підтверджує метааналіз даних щодо лікування гострого РСТ: комбіноване лікування було ефективнішим (СРС -1,30; 95 % ДІ від -1,73 до -0,88), ніж ізольовані втручання, як-от КПТ (СРС -1,19; 95 % ДІ від -1,56 до -0,81), групова КПТ (СРС -0,92; 95 % ДІ від -1,33 до -0,51) або СІЗЗС/СІЗЗСН (СРС -0,91; 95 % ДІ від -1,23 до -0,60). Хоча результати вказували на значний розмір ефекту, вибірка була дуже малою ($n = 156$). Результати поєднання групової КПТ з іМАО або СІЗЗС (за даними трьох досліджень) та психодинамічної терапії з бензодіазепінами чи СІЗЗС (по одному випробуванню) були сприятливими (Mayo-Wilson et al., 2014). Інший метааналіз із більшою вибіркою ($n = 1020$) також показав, що комбіноване лікування було кращим (коефіцієнт Коена $[d] = 2,15$; 95 % ДІ 1,35–2,95), ніж лише КПТ ($d = 1,10$; 95 % ДІ 0,93–1,28) або лише групова КПТ ($d = 1,01$; 95 % ДІ 0,72–1,29) (Mayo-Wilson et al., 2014).

У РКД ($n = 102$) комбінована терапія пароксетином + КПТ сприяла значущому поліпшенню стану пацієнтів порівняно із плацебо, чи медикаментозним лікуванням, чи груповою КПТ. Однак після спостереження протягом 12 місяців комбіноване лікування не було кращим за КПТ, а дієвішим лише за плацебо й супроводжувалося вищою частотою рецидивів (Nordahl et al., 2016). В іншому РКД ($n = 146$) порівнювали групи сертраліну/плацебо у поєднанні з груповою КПТ / груповою психодинамічною терапією. Комбіноване лікування було ефективнішим за психотерапію, а використання сертраліну поліпшувало розвиток соціальних навичок і сприяло редукції специфічних симптомів РСТ (Bernik et al., 2018).

Психотерапія

У кількох метааналізах вивчали, які психологічні втручання є найефективнішими для пацієнтів із РСТ (Carpenter et al., 2018; Yang et al., 2019). Кращі результати були отримані для індивідуальної КПТ, ніж для групової, психодинамічної або особистісної терапії, а втручання на основі усвідомленості (майндфулнес-терапія) було ефективнішим за КПТ (Cuijpers et al., 2016).

Інший метааналіз показав, що індивідуальна КПТ була ефективнішою за групову, а та, своєю чергою, за експозиційну терапію в поєднанні з тренінгами з метою напрацювання соціальних навичок та відвіданням груп самопомогі із підтримкою. Психодинамічна психотерапія та майндфулнес-терапія менше впливали на ефективність (Barkowski et al., 2016; Carpenter et al., 2018). У дослідженні P. Cuijpers et al. (2016) КПТ була дієвішою за плацебо-психотерапію.

В іншому метааналізі порівняння групової КПТ із груповою психотерапією, індивідуальною КПТ та фармакологічним лікуванням показало, що вона була дещо ефективнішою за інші психотерапевтичні підходи, але не перевершувала вплив медикаментів. Групова КПТ сприяла редукції симптомів РСТ, але не проявів ГТР і депресії (Nordahl et al., 2016; Bernik et al., 2018). З огляду на неоднорідність досліджень щодо тривалості лікування, кількості й тривалості сеансів терапії, рівень доказовості даних був класифікований як 2.

Було також проаналізовано дані щодо збереження ефекту лікування та ризику рецидиву. Метааналіз даних дев'яти РКД із застосуванням КПТ виявив збереження значущої користі після лікування ($d = 0,68$ для всіх досліджень) впродовж подальшого спостереження без зменшення розміру ефекту ($d = 0,76$). Під час підтримувальної фази КПТ була кращою за медикаментозну терапію щодо запобігання рецидиву (Canton et al., 2012). КПТ сприяла ліпшому ефекту після лікування та впродовж подальшого спостереження, ніж застосування пароксетину, і перевершувала комбіновану терапію щодо зменшення соціальної тривожності через 12 місяців (Li et al., 2020).

На думку фахівців АВР, КПТ слід вважати найкращим початковим втручанням за РСТ завдяки її значущому ефекту (СРС -1,19; 95 % ДІ від -1,56 до -0,81) та нижчому ризику побічних реакцій, ніж при медикаментозному лікуванні (Mayo-Wilson et al., 2014). Для осіб, які відмовлялися від психотерапії, найдієвішими були СІЗЗС (Andrews et al., 2018). Ефект КПТ був також вищим, ніж психодинамічної (СРС -0,56; 95 % ДІ від -1,03 до -0,11), міжособистісної психотерапії та майндфулнес-терапії або підтримувального лікування (СРС -0,82; 95 % ДІ від -1,41 до -0,24). Інші метааналізи також підтвердили перевагу КПТ (рівень доказовості 1) (Kampmann et al., 2016; Carpenter et al., 2018).

Фахівці АВР наголошують, що на даний час КПТ залишається методом вибору для лікування РСТ. Однак з урахуванням уподобань пацієнта, складності його стану та досвіду лікаря можуть бути корисними інші психотерапевтичні підходи, як-от психодинамічна й міжособистісна психотерапія, попри меншу кількість підтверджувальних доказів. Оскільки не всі пацієнти реагують на КПТ, слід також розглядати інші варіанти лікування.

Тривалість психотерапії

За даними клінічних випробувань, курс КПТ може включати від 3 до 28 щотижневих сеансів і тривати в середньому 12 тижнів. Кожен сеанс триває від 60 до 150 хв залежно від типу терапії. КПТ для лікування соціальної тривожності часто включає структуровану програму сеансів, зосереджених на когнітивній реструктуризації, експозиційній терапії, техніках релаксації та тренінгах із метою напрацювання соціальних навичок.

Інші методи лікування

Майндфулнес-терапія. Такі втручання умовно включені до даної настанови, оскільки вони охоплюють різні методи та пов'язані з концептуальними складнощами, як і терапія шляхом формування адекватного уявлення про себе та оточення й терапія самопомогі. Оскільки пацієнти мають щодня виконувати вправи з усвідомленості, ефект лікування важко оцінити: він може бути результатом як самого втручання, так і плину часу. Метааналіз показав, що цей підхід сприяв зменшенню проявів РСТ, але був менш ефективним, ніж КПТ, зокрема груповою (Liu et al., 2021).

Модифікація когнітивного упередження. Це нова експериментальна методика, побудована на когнітивних теоріях щодо природи РСТ та спрямована на зменшення негативних когнітивних сигналів і, відповідно, зниження сприйнятливості щодо тривожності та її симптомів. Сучасні дані загалом підтверджують когнітивні теорії щодо РСТ, які розглядають двоспрямований або взаємодіювальний зв'язок симптомів і когнітивних функцій. Однак незначний терапевтичний ефект при застосуванні модифікації когнітивного упередження свідчить, що потрібні надійніші й ефективніші втручання, розроблені спеціально для лікування РСТ (Kampmann et al., 2016; Liu et al., 2017).

КПТ за допомогою інтернету. Згідно із даними щодо КПТ за допомогою інтернету, втручання для лікування РСТ на основі новітніх технологій мають певний потенціал. У 21 дослідженні було показано значну редукцію симптомів після застосування такого підходу, ніж за умов пасивного контролю (критерій знаків $[g] = 0,84$ та $0,82$ відповідно). КПТ за допомогою інтернету була дещо ефективнішою, ніж застосування активного контролю ($g = 0,38$) (Kampmann et al., 2016).

Експозиційна терапія із застосуванням віртуальної реальності (VRET). VRET є альтернативним засобом розвитку соціальних навичок для зменшення проявів РСТ. Вона дозволяє пацієнтам стикатися із небезпечними соціальними ситуаціями шляхом занурення в імітовані обставини й поступового подолання труднощів, пов'язаних із впливом реальних ситуацій і неконтрольованістю стимулів (Horigome et al., 2020; Caponnetto et al., 2021). Як метод лікування РСТ, VRET показала значну ефективність після втручання та впродовж періоду спостереження у подовжніх дослідженнях. Попри відсутність суттєвих відмінностей між ефектами VRET та експозиційної терапії *in vivo*, низька вартість та варіабельність VRET визначають її перспективність для реабілітації.

Фізичні вправи. Концепція застосування фізичних вправ для лікування психічних розладів досі є суперечливою. Згідно з метааналізом нечисленних досліджень, програми тренувань є корисними для пацієнтів із тривожністю,

причому високоінтенсивні режими ефективніші за низькоінтенсивні (Aylett et al., 2018). Програми фізичних вправ можуть бути корисними в загальній практиці. Однак суттєвих відмінностей у результатах між пацієнтами із ТР та високим рівнем тривожності не було виявлено через невелику кількість досліджень і широку варіабельність втручань.

Обговорення

Фахівці АВР наголошують, що під час обстеження пацієнтів із РСТ важливо враховувати такі аспекти, як диференціальні діагнози, психіатричний та медичний анамнез, супутні захворювання і дотримання режиму лікування, щоб встановлювати правильний діагноз та застосувати відповідний ефективний метод лікування.

Серед фармакологічних втручань найбільша кількість надійних даних доступна щодо терапії антидепресантами (переважно СІЗЗС). Кілька метааналізів показали, що пароксетин, флуоксетин, сертралін, флувоксамін та есциталопрам ефективні при РСТ.

Пароксетин є ефективнішим за інші препарати (Nordahl et al., 2016; Li et al., 2020). СІЗЗС зазвичай дієвіші за плацебо протягом гострої фази (4–6 тижнів), а для досягнення ремісії можуть знадобитися вищі дози (Williams et al., 2017). Даних щодо тривалого лікування недостатньо через методологічні та фінансові труднощі з проведенням РКД. Терапія СІЗЗС також пов'язана із нижчими показниками рецидивів після 24 тижнів лікування. Побічні ефекти є зазвичай поширеними на початку лікування, а їхня частота знижується після першого місяця. Симптоми відміни переважно виникають у пацієнтів, які різко припиняють терапію, а також у разі застосування препаратів із коротким періодом напіввиведення (як-от пароксетин) (Williams et al., 2017; Li et al., 2020).

Венлафаксин — єдиний СІЗЗСН, ефективність якого оцінювали в РКД, але результати є суперечливими. Деякі метааналізи показали виразну редукцію симптомів тривоги у пацієнтів із РСТ (Canton et al., 2012; Bandelow et al., 2015). Однак систематичний огляд із метааналізом не підтвердили ефективності препарату, можливо, через кількість випадків вибуття з дослідження у зв'язку з побічними ефектами або упередженістю і методологічною неоднорідністю включених РКД. Симптоми відміни за припинення терапії венлафаксином є одними із найпоширеніших серед антидепресантів (Williams et al., 2020).

Препарати групи іМАО ефективні при РСТ за даними систематичних оглядів і метааналізів (Mayo-Wilson et al., 2014; Bandelow et al., 2015). Однак погана переносимість, дієтичні обмеження (ризик гіпертонічного кризу за вживання тираміну) та потенційно шкідлива взаємодія із препаратами, що впливають на серотонін/норадреналін, знижують прихильність до лікування (Ulrich et al., 2017; Ricken et al., 2017). Вони класифіковані як варіант терапії третьої лінії.

Ефективність бензодіазепінів, які широко використовуються за ТР, підтверджено більшістю даних досліджень і метааналізів; їх застосування, ймовірно, сприяє зниженню частоти рецидивів після гострої фази лікування (Mayo-Wilson et al., 2014; Williams et al., 2020). Проте необхідно оцінювати профіль їхніх довгострокових побічних ефектів через ризик розвитку толерантності,

залежності та когнітивних порушень при тривалому застосуванні (Baandrup et al., 2018; Shinfuku et al., 2019).

ПНП прегабалін і габапентин сприяють редукції симптомів РСТ, хоча є дані щодо обмеженої ефективності леветирацетаму, габапентину та прегабаліну (Canton et al., 2012; Bandelow et al., 2015). Для отримання більш переконливих доказів необхідні подальші дослідження. (Springer, Nappe, 2025).

За наявними даними, терапія буспіроном, інгібіторами зворотного захоплення норадреналіну, β-адреноблокаторами та міртазапіном не пов'язана із поліпшенням стану за РСТ, тож їх не слід призначати. Антипсихотики другого покоління (оланзапін, рисперидон та кветіапін) також виявилися неефективними при РСТ. Спеціалісти АВР наголошують, що в разі призначення антипсихотичних засобів важливо враховувати ризик побічних реакцій, таких як метаболічний синдром, підвищення ваги, седативний ефект та екстрапірамідні симптоми (Depping et al., 2010; Steenen et al., 2016).

Надійні дані щодо психотерапії підтверджують ефективність КПТ як методу лікування РСТ, причому індивідуальна КПТ є кращою, ніж групова (Mayo-Wilson et al., 2014; Nordahl et al., 2016, 2017). Групова КПТ і КПТ за допомогою інтернету теж вважаються дієвими (Cuijpers et al., 2016; Carpenter et al., 2018). Майндфулнес-терапія стала популярною останніми роками; метааналіз 11 досліджень виявив докази її ефективності за РСТ (Liu et al., 2021). Підтверджено також певні переваги інших психотерапевтичних підходів. Докази щодо ефективності комбінації медикаментозного лікування та психотерапії обмежені, що потребує проведення подальших досліджень.

Висновки

РСТ є поширеним розладом, який за відсутності лікування має хронічний безперервний перебіг і суттєво погіршує якість життя. Метою оновлення настанови на основі даних систематичного огляду було представлення науково обґрунтованих варіантів фармакологічного та нефармакологічного лікування пацієнтів із РСТ. Аналіз даних літератури показав, що СІЗЗС слід вважати препаратами першої лінії. Бензодіазепіни, іМАО та ПНП прегабалін і габапентин є ефективними альтернативами. Результати щодо венлафаксину суперечливі, але він може бути призначений пацієнтам, які не відповідають на терапію СІЗЗС. Переконливі докази свідчать, що КПТ (індивідуальна, групова чи за допомогою інтернету) є варіантом лікування першої лінії. Психодинамічна й експозиційна психотерапія, тренінги із метою напрацювання соціальних навичок, відвідання груп самопомогі і VRET також є дієвими. Психологічні втручання чинять менше побічних ефектів, ніж фармакотерапія, але є менше доказів їхньої довгострокової ефективності. Якщо не вдається досягти відповіді на обраний варіант терапії або він не може бути застосований, рекомендовано дотримуватися алгоритму лікування, представленого на рисунку.

Підготувала Наталія Купко

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.bjp.org