



Názov:

Agorafóbia

Autori:

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.
PhDr. Michaela Chupáčová
PhDr. Antónia Kotianová, PhD.
prof. MUDr. Jan Praško Pavlov, Csc.
doc. MUDr. Lubomíra Izáková, PhD.
PhDr. Katarína Jandová, PhD.

Špecializovaný odbor:

Klinická psychológia

Odborná pracovná skupina:

Klinická psychológia pre dospelých

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

Agorafóbia

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0170	15.jún 2021	Schválené	1. júl 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; PhDr. Michaela Chupáčová; PhDr. Antónia Kotianová, PhD.; prof. MUDr. Jan Praško Pavlov, Csc.; doc. MUDr. Lubomíra Izáková, PhD.; PhDr. Katarína Jandová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

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

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

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

Kľúčové slová

agorafóbia, prevencia, manažment, psychologická liečba

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APA	American Psychological Association (Americká psychologická asociácia)
BT	behaviorálna terapia
CPČ	certifikovaná pracovná činnosť
EBM	Evidence Based Medicne (medicína založená na dôkazoch)
GAD	generalizovaná úzkostná porucha (generalised anxiety disorder)
KBT	kognitívno-behaviorálna terapia
I-KBT	kognitívno-behaviorálna terapia prostredníctvom Internetu
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
OCD	obsedantno-kompulzívna porucha (obsessive compulsive disease)
PFPP	na paniku zameraná psychodynamická terapia
PO	porucha osobnosti
PTSD	posttraumatická stresová porucha (posttraumatic stress disease)
RCT	Randomized Controlled Trial (Randomizovaná kontrolná štúdia - založená na náhodnom výbere)
SSRI	inhibítory spätného vychytávania sérotonínu
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
ŠPI	špecifické psychoterapeutické intervencie (vybrané psychologické intervencie, ktoré využívajú špecifické terapeutické techniky podľa EBM uvedené v časti liečba v druhom stupni starostlivosti, menej intenzívne psychologické liečebné postupy)
ÚD I	úroveň dôkazov I (systematický prehľad štúdií z úrovne II)
ÚD II	úroveň dôkazov na základe RCT

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - psychiatricke vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť - supervízia, psychoterapia. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre agorafóbiu - špecifická psychoterapia, supervízia.

Lekár so špecializáciou v odbore neurológia - preferenčne so subšpecializáciou pre záchvatové stavy - diferenciálna diagnostika. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre agorafóbiu - špecifická psychoterapia, supervízia.

Lekár so špecializáciou v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých alebo všeobecný lekár pre deti a dorast - pri suspektnej poruche prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/psychológom. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ

v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre agorafóbiu - špecifická psychoterapia, supervízia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, pod supervíziou tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár RZP - zabezpečenie starostlivosti o pacienta pri akútnom stave.

Psychológ - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia pod supervíziou psychológa v zdravotníctve špecialistu. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ) - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. agorafóbia - špecifická psychoterapia, supervízia. Po získaní certifikátu CPČ v CPČ inej ako v špecifickej psychoterapii pre dg. agorafóbia v prípade zdôvodneného individuálneho prístupu, alebo ak nie je psychoterapeut s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. agorafóbia k dispozícii, psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom v psychoterapii - psychoterapia.

Sestra - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychoedukácia, podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra so špecializáciou - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre Agorafóbiu – prevencia, psychoterapia, supervízia.

Liečebný pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia; liečebno-pedagogická diagnostika a terapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Liečebný pedagóg špecialista - po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre agorafóbiu - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Špeciálny pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Logopéd - prvotné posúdenie, prevencia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Logopéd špecialista - po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre agorafóbiu - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Sociálny pracovník - prvotné posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Úvod

Tento ŠDTP je určený pre diagnostiku, prevenciu a liečbu u dospelých pacientov (od 18 rokov a starších) trpiacich diagnózou agorafóbia. Jeho cieľom je pozitívne ovplyvniť prejavy poruchy, školské, pracovné a sociálne fungovanie postihnutých osôb a kvalitu ich života.

Podľa MKCH-10 patrí agorafóbia (F40.0) do skupiny Neurotických, stresom podmienených a somatoformných porúch a diagnostickej podskupiny F40 Fóbicko-anxiózne poruchy. Pri

agorafóbii ide o dosť dobre definovanú skupinu fóbií zahŕňajúcu strach u opustenia domova; z obchodu, tlačeníc a verejných priestorov; z cestovania vo vlakoch, autobusoch alebo lietadlách bez sprievodu. Panická porucha je častá črta prítomných aj minulých epizód. Dopĺňajúce črty tvoria často depresívne a obsedantné príznaky a sociálne fóbie. Pacienti sa často nápadne vyhýbajú fóbickým situáciám, niektorí agorafobici pociťujú len nepatrú úzkosť, lebo sa dokážu vyniesť fóbickým situáciám. Rozlišujeme agorafóbii bez panických porúch v anamnéze a Panickú poruchu s agorafóbou.

Agorafóbia je najčastejšia porucha medzi fóbiami (Tearnen, Telch, Keefe, 1984) a relatívne často sa vyskytuje ako komorbidná porucha pri panickej poruche. Podľa Greena a Eatona (2016) má agorafóbia bez panickej poruchy črty primárne ako fóbická porucha.

I keď pri agorafóbii sú podľa EBM jasne definované liečebné postupy, tieto sa dostatočne nevyužívajú, a porucha sa lieči menej efektívnymi psychoterapeutickými a farmakoterapeutickými postupmi. ŠDTP liečby agorafóbie umožňuje spresniť diagnostiku, zavádza nové liečebné postupy menej intenzívnej psychologickej liečby v druhom stupni starostlivosti, ako je I-KBT (t.j. KBT prostredníctvom Internetu), odporúča postupy vychádzajúce z EBM, ktoré majú vyššiu účinnosť ako dosiaľ používané psychoterapeutické prístupy. Zavádza efektívne preventívne a monitorovacie postupy a definuje EBM psychoterapeutické postupy, ich intenzitu a trvanie podľa stupňa ochorenia. Definuje špecifická liečebných postupov u dospelých. Spresňuje siet poskytovateľov a ich kompetencie. Nadväzuje na ŠDTP v odbore psychiatria (ŠDTP Panická porucha) a podrobnejšie ho dopĺňa psychologickými preventívnymi, diagnostickými a psychoterapeutickými postupmi. Odporúča používanie dotazníkov na meranie efektu terapie, jednak na začiatku a na konci, a jednak priebežne, čo umožňuje nepretržite monitorovať účinok terapeutických intervencií.

Tento štandard bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to - štúdií, svetových a európskych odporúčaní (NICE, APA, Canadian Clinical Practice Guidelines for The Management of Anxiety, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder) a odborných poznatkov v problematike rešpektovaných a uznávaných autorít (prof. MUDr. J. Praško, CSc.). Zohľadnili sme potrebné úrovne dôkazov za posledných 10 rokov (prípadné významné práce staršieho dát) v elektronických databázach systematických prehľadov (Cochrane, Pubmed), či elektronických časopisov.

Prevencia

Podľa Evans a kol. (2012) by sa preventívne zásahy pri úzkostných poruchách mali zameriavať tak na rizikové, ako aj na protektívne faktory, súvisiace s etiológiou a udržiavaním týchto porúch. Niektoré rizikové a protektívne faktory je možné ovplyvniť viac, iné menej, a dôležité je tiež obdobie života, v ktorom pôsobia. Z toho vyplýva, že rozvoj účinnej prevencie úzkostných porúch si bude vyžadovať:

- I. komplexné poznanie rizikových a protektívnych faktorov, ako aj ich komplexné vzájomné vzťahy počas rôznych období vývoja jedinca,
- II. zlepšenie metód na zistenie ne/prítomnosti týchto faktorov,
- III. intervencie, ktoré posilňujú protektívne faktory a/alebo redukujú rizikové faktory, alebo oboje.

Cieľom takýchto programov je znížiť výrazne negatívny vplyv úzkostných porúch na jednotlivcov a spoločnosť.

Preventívne programy podľa Evans a kol. (2012) môžeme rozdeliť na:

1. indikované programy prevencie, ktoré sa zameriavajú na rizikových jedincov, u ktorých sa už vyskytujú symptómy a/alebo biologické markery, ale nespĺňajú v plnej miere diagnostické kritériá pre poruchu,
2. programy selektívnej prevencie, ktoré sa zameriavajú na osoby, o ktorých sa predpokladá, že predstavujú vysoké riziko rozvoja poruchy (napr. boli svedkami násilia),
3. univerzálne preventívne programy, ktoré sú zacielené na celé populácie bez ohľadu na rizikové faktory (napr. určitý stupeň školskej dochádzky).

Tabuľka č. 1

 Rizikové faktory a ich popis pre všetky úzkostné poruchy	
Individuálne faktory	
Faktor	Popis
Zvýšené prodromálne symptómy úzkosti	Ak je zvýšená prítomnosť týchto symptómov, hrozí riziko rozvoja poruchy v priebehu dvoch rokov
Behaviorálna inhibícia (temperament)	Tendencia vyhýbať sa novým podnetom a zážitkom, prílišná hanlivosť v prítomnosti druhých ľudí
Úzkostná precitlivenosť	Tendencia interpretovať fyziologické prejavy úzkosti ako hrozbu samú o sebe
Kognitívne faktory	Vyhýbavý štýl zvládania, nízka percepčná kontrola
Rodinné faktory	
Faktor	Popis
Výchova v rodine	Neisté pripútanie s možným prepojením na temperamentovú inhibíciu
Interakcia rodič-dieťa	Skлон rodičov podsúvať vyhýbavé stratégie riešenia problému, prílišné zapojenie sa a prílišná ochrana v reakcii na detské obavy, nedostatočné modelovanie zvládajúcich reakcií
Faktory prostredia	
Faktor	Popis
Fajčenie	Zvlášť v spojitosti s panickou poruchou
Alkohol a iné návykové látky	Sú samy o sebe rizikové faktory a zvyšujú riziko iných faktorov (napr. dopravných nehôd)
Zapojenie sa do gangov a kriminálnej aktivity	Expozícia traumatickým udalostiam, páchanie interpersonálneho násilia
Expozícia trauma	Výrazná trauma zvyšuje riziko vzniku post-traumatickej stresovej poruchy a iných úzkostných symptómov, zvlášť u citlivých ľudí, alebo zvýšene reagujú na určitý typ traumy (napr. sexuálne násilie)
Nedostatočná sociálna podpora	Je spojená s výraznejšími symptómami a s horšou reakciou na liečbu v dospelosti, možný mediačný faktor

Poznámka: Evans a kol., 2012

Epidemiológia

Spomedzi úzkostných porúch je prevalencia samostatnej agorafóbie menej častá (Faravelli a kol., 2009; Stein a kol., 2017), samotná prevalencia poruchy kolíše od 0,6 % až po 7,4 % podľa veku či pohlavia. Kessler a kol. (2005a, 2005b) udávajú ročnú prevalenciu čistej agorafóbie bez panickej poruchy na úrovni 0,8 % a 1,4 %. U dospelých osôb v USA je ročná prevalencia okolo 0,9 % u žien a 0,8 % u mužov (NCS-R, 2007b), resp. 2,8 % a 0,6 % podľa Andrews a kol. (2018). U dospelých nad 55 rokov je ročná prevalencia okolo 0,61 % (McCabe a kol., 2006). Prevalencia s vekom stúpa, u ľudí nad 65 rokov, autori uvádzajú výskyt od 1,9 po 7,4 % (Andreas a kol., 2016).

Celoživotná prevalencia u dospelých osôb je 1,6 % u žien a 1,1 % u mužov (NCS-R, 2007a). U starších osôb (nad 65 rokov) sa celoživotná prevalencia zvyšuje a pohybuje sa od 4,1 až do 15,1 % (Andreas a kol. 2016; Ritchie a kol., 2013).

Agorafóbia sa častejšie objavuje u žien, u ovdovených alebo u rozvedených (Grant a kol., 2006; McCabe a kol., 2006), u ľudí v strednom veku a u ľudí s nízkym príjmom (Grant a kol., 2006).

Priemerný vek výskytu je medzi 25. a 30. rokom života (Michael, Zetsche, Margraf, 2007). Tibi a kol. (2015) rozlišujú agorafóbiu so skorým začiatkom (pred 27. rokom života) a neskorým začiatkom (po 27. roku života). História úzkostnej poruchy v rodine súvisí s objavom agorafóbie pred 27. rokom života, avšak samotné skoré objavenie sa poruchy nemá súvis s horšou klinickou závažnosťou a invalidizáciou.

87 % ľudí s agorafóbou splňa kritériá pre inú psychickú poruchu (Goodwin, Stein, 2013). Najčastejšia je komorbidita agorafóbie (11,9 %) u primárnej panickej poruchy (Wittchen a kol., 2010; Stein, 2012). Ďalej nasleduje komorbidita s inou špecifickou fóbiou (8,7 %), sociálnou úzkosťou (7,1 %), GAD (5,8 %) a so zneužívaním psychoaktívnych látok (Goodwin, Stein, 2013).

Patofyziológia

Podľa Praška, Praškovej (2009) sa v patofyziológií ochorenia predpokladá kombinácia dedičnej dispozície spoločne s vplyvom učenia a environmentálnymi faktormi. Štúdie dvojčiat poukazujú na vplyv dedičnosti pri rozvoji fóbií (o.i. aj agorafóbie) a úzkostných porúch (napr. Kendler, Karkowski, Prescott, 1999; Mosing a kol., 2009; Czajkowski a kol., 2011). Výsledky Wurthman a kol. (1999) naznačujú, že v etiológii agorafóbie môžu byť zapojené morfologické zmeny v prefrontálnom mozgovo-miešnom moku. Štúdia Na a kol. (2013) v porovnaní so zdravou vzorkou zaznamenala zníženie objemu šedej mozgovej hmoty pri panickej poruche s agorafóbou a bez agorafóbie v oblasti ľavého mediálneho orbitofrontálneho gyru. Aj keď sa panická porucha s/a bez agorafóbie medzi sebou v tejto oblasti nelíšili, autori naznačujú, že fóbické vyhýbanie sa u pacientov s panickou poruchou s agorafóbou tkvie v abnormalitách orbitofrontálneho kortextu, ktorý hrá významnú úlohu vo vyhasínaní strachu. Symptómy agorafóbie v subklinickej vzorke pozitívne korelovali s podobnými oblasťami mozgu ako u pacientov s panickou poruchou alebo agorafóbou (Besteher a kol., 2018). Neurálne koreláty panickej poruchy s agorafóbou skúmali aj napr. Wittman a kol. (2014).

Všeobecné etiologické koncepty pre úzkosť a úzkostlivosť založené na psychologických alebo psychosociálnych faktoroch platia aj pre agorafóbiu. Biologické teórie hľadajú príčinu v dôsledku vrodenej dispozície reagovať silnejšie na ohrozenie, čo rezultuje do záchvatov úzkosti v stresových situáciach. Protrahovaná hyperventilácia v stave úzkosti vedie k objaveniu sa ďalších telesných symptomov, ktoré zosilňujú pocit ohrozenia (Praško, Prašková, 2009). Psychoanalytický model prepája agorafóbiu so separačnou úzkosťou v detstve, nakoľko pacienti s agorafóbou často vykazujú závislé správanie a neschopnosť byť sami. Separáčná úzkosť sa neskôr môže manifestovať ako agorafóbia (Klein, 2002; pozri aj Praško, Prašková, 2009). Teória učenia popisuje rozvoj úzkostných a fóbických porúch na princípe klasického podmieňovania (Klein, 2002), a celý vzorec sa posilňuje pomocou operačného podmieňovania (Praško, Prašková, 2009). Podľa Praška, Praškovej (2009) sa

strachu môže pacient naučiť aj zástupne, sociálnym učením a pozorovaním strachu u druhých, a postupne sa pomocou generalizácie môže rozširovať na ďalšie situácie.

Medzi **rizikové faktory rozvoja poruchy** patrí (Wittchena a kol., 2010).:

- anamnéza fyzického alebo sexuálneho zneužívania,
- behaviorálna inhibícia, zvýšená emočná labilita a nízka úroveň extravерzie,
- hyperprotekcia zo strany rodičov, separácia od rodiča, alebo smrť rodiča,
- slabý výkon v teste vizuopriestorovej pamäte u pacientov nad 65 rokov,
- prítomnosť panickej poruchy či iných fóbií (Bienvenu a kol., 2006).

Významným aspektom sú **precipitujúce faktory** (t.j. aktuálne záťažové faktory a iné okolnosti, ktoré viedli ku vzniku a rozvoju poruchy) (Praško, Prašková, 2009). Bienvenu a kol. (2006) uvádzajú, že prítomná panická porucha môže viesť k agorafóbii, a rovnako agorafóbia bez panických atakov môže viesť k rozvoju prvého ataku panickej poruchy. Toto prepojenie sa ukázalo byť významné aj z longitudinálneho hľadiska.

Riziko suicídálnych myšlienok a pokusov je pri samostatných úzkostných poruchách nízke, zvyšuje sa pri komorbidite úzkostnej poruchy a depresie (Bentleya a kol., 2016), čo je pri agorafóbii skôr menej častá komorbidita (Goodwin, Stein, 2013), aj keď vyskytnúť sa môže (MKCH-10, 1996).

Klasifikácia

Agorafóbia patrí podľa klasifikácie MKCH 10 medzi fóbicko-anxiózne poruchy, kódové označenie je F40.0.

Fóbicko-anxiózne poruchy sa vyznačujú úzkostou, ktorá sa zjavuje len alebo prevažne v dobre definovaných situáciach, ktoré bežne nie sú nebezpečné. Typické je vyhýbanie sa týmto situáciám, alebo ich prežívanie s hrôzou. Pozornosť pacienta sa zvyčajne sústredí na jednotlivé symptómy ako: búšenie srdca alebo mdloby. Súčasne je často prítomný strach zo smrti, zo straty sebaovládania alebo zo „zošalenia“. Predstava o vystavení sa fóbickej situácií vyvoláva úzkosť. Fóbická úzkosť sa môže vyskytovať spoločne s depresiou. Potreba osobitne diagnostikovať fóbickú úzkosť alebo depresívnu epizódu alebo či stačí súhrnná diagnóza, závisí od priebehu oboch porúch a od terapeutických úvah v čase vyšetrenia (MKCH-10, 1996).

Tabuľka č. 2

 Standardné postupy	Typické znaky agorafóbie
Pre agorafóbiu je ďalej typické:	
	<ul style="list-style-type: none">- strach z opustenia domova, z obchodov, tlačeníc a verejných priestorov, z cestovania vlakom, autobusom alebo lietadlom bez sprievodu- je často prítomná panická porucha počas aktuálnych aj minulých epizód- môžu sa objaviť depresívne, obsedantné symptómy a symptómy sociálnej fóbie- pacienti sa často nápadne vyhýbajú fóbickým situáciám, niektorí pociťujú len nepatrnú úzkosť, pretože sa dokážu vyhnúť fóbickým situáciám

Rozlišujeme agorafóbiu bez panickej poruchy v anamnéze a panickú poruchu s agorafóbou (MKCH-10, 1996).

Podľa najnovšej revízie MKCH (ICD-11, 2018) je agorafóbia stále samostatnou diagnostickou jednotkou v skupine fóbicko-anxióznych porúch (F40).

Tabuľka č. 3

	Diagnostické kritériá podľa DSM-5
Zjavný strach alebo úzkosť pri minimálne 2 z nasledujúcich piatich situácií:	
<ul style="list-style-type: none">- Verejná doprava (napr. cestovanie autom, autobusom, vlakom, loďou alebo lietadlom)- Otvorené priestranstvá (parkoviská, trhoviská, mosty)- Zotrvávanie v obchodoch, divadlách alebo kinách- Státie v rade alebo v dave- Zotrvávanie osamote mimo domova v iných situáciách	
Jednotlivci sa obávajú alebo sa vyhýbajú týmto situáciám kvôli myšlienkam, že útek môže byť náročný alebo pomoc nedostupná v prípade symptómov podobným záchvatu paniky	
Agorafóbická situácia takmer vždy vzbudzuje strach alebo úzkosť	
Týmto situáciám sa aktívne vyhýbajú. Vyžadujú prítomnosť spoločníka alebo v nich osoba vydrží, ale za prítomnosti zjavného strachu alebo úzkosti	
Strach alebo úzkosť nie sú úmerné aktuálnemu nebezpečenstvu v rámci agorafóbickej situácie	
Strach, úzkosť alebo vyhýbanie je trvalé, typicky trvajúce min. 6 mesiacov	
Strach, úzkosť a vyhýbanie, spôsobujú klinicky významný distres alebo funkčné znevýhodnenie	

Poznámka: 2015

Klinický obraz

Základom klinického obrazu agorafóbie je nadmerný alebo nerealistický strach zo situácií, kde nie je nablízku rýchla pomoc, alebo z ktorých sa nedá rýchlo odísť (Praško a kol., 2007; Katzman a kol., 2014). Môže sa prejavovať ako strach z otvorených priestranstiev, preplnených miest, z opustenia domova, z obchodov a cestovania dopravnými prostriedkami, z jazdy výťahom, z uzavretých priestorov a pod. Samotná úzkosť je vyvolávaná prítomnosťou podnetu vyvolávajúceho obavu, alebo vzdialením sa od miesta bezpečia (Praško, Laňková, 2006). U starších osôb sa môže pridať strach zo straty vedomia alebo výskytu rôznych zdravotných tŕažiek (srdcový infarkt, mírovica), čo je ospravedlnením pre vyhýbanie (Winter, 2017).

Strach sa zvyšuje, keď si pacient uvedomí, že nie je možné zo situácie uniknúť, príp. by únikom na seba upútal pozornosť. Pomerne často sa pacienti najlepšie cítia doma (neplatí to vždy) a vzdialovanie sa od miesta bezpečia zvyšuje strach. Veľmi časté je vyhýbanie sa situáciám, ktoré vyvolávajú úzkosť. Ak sa pacienti nemôžu vyhnúť situácií vyvolávajúcej obavu, objavujú sa u nich rôzne typy zabezpečovacieho a uisťovacieho správania - napr. si vezmú so sebou inú osobu, môžu sa jej pridržiavať alebo sa jej dotýkať. Iní pacienti si pomáhajú ďalšími predmetmi - pridržiavajú sa vozíka, opierajú sa o palicu alebo tlačia tašku na kolieskach ap. Pacienti predpokladajú, že ak by sa im včas z tejto situácie nepodarilo odísť, nastala by nejaká katastrofa (mdloby, zbláznenie, strápenie, kolaps, infarkt alebo iná choroba

ap.). Počet ohrozujúcich situácií sa postupne rozširuje, pri ľažkých stavoch pacienti nevychádzajú z domu vôbec (Praško, Prašková, 2009). Príklady fóbických situácií sú uvedené v Tabuľke č. 4.

Tabuľka č. 4

	Typické fóbické situácie pri agorafóbii
- Cestovanie dopravnými prostriedkami (autobus, vlak, lietadlo, metro, električka, lode, pohyblivé schody, výtahy...)	
- Nakupovanie (obchodné domy, samoobsluhy...)	
- Voľné priestranstvá (námestie, parkoviská, ihriská)	
- Preplnené miesta (trhy, koncerty, uzavreté priestory...)	
- Sály (kino, reštaurácia, skladišká, štadióny, výstavy, divadlá)	
- Tunely, mosty, podchody	
- Pobyt osamote doma	
- Čakanie v rade, na zastávke alebo v dave	
- Dopravné zápchy	
- Osamelé, vzdialené miesta, kde nie je dostupný telefón alebo mobilný signál (les, priehrada...)	

Poznámka: podľa Praško, Laňková, 2006; Praško, Prašková, 2009

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Formálna diagnóza vychádza z aktuálneho klasifikačného systému MKCH 10, prípadne ICD 11. Nápmocné môže byť tiež použitie klasifikačného systému DSM-5. Určenie diagnózy spravidla vychádza zo psychiatrickej vyšetrenia, t.j. z anamnézy, klinického obrazu, psychopatologického rozboru, diagnostických kritérií podľa MKCH-10. Dôležité je zhodnotenie anamnézy somatických ochorení, podrobnej fyzikálnej vyšetrenie, zmeranie pulzu, krvného tlaku, EKG vyšetrenie ev. EEG vyšetrenie, krv, moč. Na určenie diagnózy spravidla je potrebné komplexné psychiatricke vyšetrenie (s odobratím kompletnej psychiatrickej anamnézy), vhodným vyšetrením je aj klinicko-psychologické vyšetrenie.

Vyšetrenie sa zacieľuje na zmapovanie (Praško, Prašková, 2009; Winter, 2017; Andrews a kol., 2018):

- povahy, rôznorodosti a trvania symptómov,
- kognícií súvisiacich s poruchou (obavných situácií a ich priebehu),
- behaviorálnych a kognitívnych odpovedí na úzkosť, stratégií zvládania (vrátane vyhýbavého a zabezpečovacieho správania),
- anticipačnej úzkosti, modifikujúcich faktorov, a faktorov, ktoré môžu udržiavať poruchu,
- obmedzení v živote,
- symptómov depresie, iných úzkostných porúch a zneužívania psychoaktívnych látok, vrátane zneužívania bežne predpisovaných liekov (čo je častá stratégia zvládania), zmapovanie symptómov porúch osobnosti atď.,
- aktuálnych suicídálnych ideácií,
- predchádzajúcich skúseností s liečbou a psychoterapiou,

- osobnej a rodinnej histórie psychických porúch,
- aktuálnych životných udalostí, sociálneho života atď>.

Pomocou diagnostického procesu je teda potrebné získať všetky dôležité informácie, ktoré môžu byť dôležité pri následnej starostlivosti. Podľa Andrews a kol. (2018) by cieľom vyšetrenia malo byť nadviazanie terapeutického vzťahu, určenie diagnózy (hlavnej aj vedľajšej), identifikovanie prípadných komorbidít, vypracovanie liečebného plánu, identifikácia psychosociálnych a životných faktorov, ktoré by mohli udržiavať poruchu a zistenie kapacity pacienta čerpať zo svojpomocných materiálov.

Na identifikáciu symptómov agorafóbie je možné použiť **psychometrické nástroje**, vhodnými sú: dotazník strachu, SCL-90, dotazník vyhýbavého správania, Sheehanova, Hamiltonova alebo Beckova posudzovacia škála úzkosti, Sheehanova škála postihnutia, príp. dotazník Agorafóbia - dotazník mobility (IAPT, 2011).

Na zistenie precipitujúcich faktorov je možné použiť napr. Dotazník životných udalostí.

Na skríning depresívnych symptómov sú vhodné nasledovné dotazníky: PHQ-9, Beckova posudzovacia škála depresie alebo Zungov sebahodnotiaci dotazník depresie.

Pri podozrení na zneužívanie psychoaktívnych látok je užitočné využiť napr. pri alkohole AUDIT, skríningový dotazník CAGE.

V prípade podozrenia na poruchy intelektu, kognitívnych funkcií, alebo poruchy osobnosti, alebo podozrenia na osobnostné abnormality je potrebné komplexné psychologické vyšetrenie.

Na posúdenie psychofyziologickej reaktivity je možné vykonať posúdenie reaktivity na stres (vytvorenie stresového profilu).

Diferenciálna diagnostika

V prvom rade je potrebné vylúčiť prítomnosť somatického ochorenia (napr. hypertyreóza, kardiopulmonálne ochorenia, traumatické zranenia mozgu a pod.), priamy dôsledok užitia/užívania psychoaktívnych látok alebo inú psychickú poruchu. Prítomnosť niektoré z týchto porúch a ochorení nevylučuje prítomnosť agorafóbie (Katzman a kol., 2014; Praško, Prašková, 2009). Po vyliečení somatického ochorenia niekedy naďalej pretrvávajú aj prejavy agorafóbie.

Je potrebné diagnosticky diferencovať agorafóbiu od afektívnych porúch, sociálnej fóbii, špecifickej fóbii, panickej poruchy, OCD, PTSD, GAD. U 46-85% pacientov s agorafóbou neboli prítomné ataky paniky, avšak prevalencia agorafóbie bez panických atakov je nízka (Faravelli, et al., 2009). Pri všetkých úzkostných poruchách sa môžu objaviť prejavy agorafóbie, preto je potrebné v rámci diferenciálnej diagnostiky pátrať po príčine vyhýbania sa, ktorá bude iná ako pri agorafóbii. Dôkladný diagnostický rozhovor väčšinou odhalí tieto príčiny (Praško, Prašková, 2009; Winter, 2017), pretože umožní dôkladne preskúmať obsah

sprievodných kognícií pri poruche (Andrews a kol., 2018), čo môže byť dôležitým vodítkom v diferenciálnej diagnostike. Príklady rozdielov medzi agorafóbiou a inými poruchami sú popísané v Tabuľke č. 5 (podľa Praško, Prašková, 2009; Winter, 2017).

Tabuľka č. 5

 Pomôcka pre diferenciálnu diagnostiku	
Agorafóbia	Špecifická fobia
- strach sa zameriava na to, či bude možné zo situácie uniknúť alebo bude dostupná pomoc	- strach sa zameriava na priame ublíženie spôsobené obavou situáciou (napr. havária lietadla, ohryznutie psom atď.)
Agorafóbia	Sociálna fobia
- strach sa zameriava všeobecne na situácie, ktoré generujú úzkosť alebo vyhýbanie	- strach sa zameriava na situácie, v rámci ktorých by postihnutý mohol byť hodnotený ostatnými ľuďmi
Agorafóbia	Panická porucha
- agorafóbia by nemala byť diagnostikovaná, pokial' sú splnené všetky kritériá pre panickú poruchu - agorafóbia sa diagnostikuje v prípade, že sa vyhýbavé správanie spojené s panickými atakmi rozšíri na dve rôzne situácie (podľa DSM-5)	
Agorafóbia	PTSD
- vyhýbavé správanie sa týka širokého spektra situácií, ktoré nie sú prepojené s traumatickou situáciou	- vyhýbavé správanie je limitované na situácie, ktoré pripomínajú zažitú traumu
Agorafóbia	Afektívne poruchy
- vyhýbavé správanie je výsledkom obáv, či bude možné uniknúť alebo bude dostupná pomoc v situáciách, kedy sa rozvinuli ataky paniky alebo straty kontroly	- osamotenie a neopúšťanie domova je spojené so zníženou energiou a seba-vedomím, irritabilitou či apatiou

Podľa Praška, Praškovej (2009) sa môžu prejavy agorafóbie vyskytnúť aj pri schizofrénnej poruche, kde sú však typicky prítomné psychotické prejavy.

Je potrebné odlísiť agorafóbiu od reálnych obáv u chronicky chorých ľudí (Crohnova choroba, skleróza multiplex, Meniérov syndróm, ischemická choroba srdca ap.).

Tabuľka č. 6

 Diferenciálna diagnóza agorafóbie
Somatické poruchy a telesné ochorenia:
- Parkinsonova choroba, demyelinizačné ochorenia, obštrukčná choroba bronchopulmonálna, kožné ochorenia, hypertenzia, Crohnova choroba, skleróza multiplex, Meniérov syndróm, ischemická choroba srdca atd., angina pectoris, arytmia, prolaps mitrálnej chlopne, hyperkalcémia, karcinoid, astma, tyreotoxicóza, anémia, chronická pulmonálna nedostatočnosť, feochromocytóm, hypoglykémia, hyponatrémia, hypoxia, porfýria, hypovitaminózy
Schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi:
- začiatok schizofrénnej poruchy
Poruchy psychiky a správania, zapríčinené užitím (užívaním) psycho-aktívnych látok:
- psychostimulanciá vrátane kofeínu, alkohol, iné psychoaktívne látky
Neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy:
- adaptačné poruchy, panická porucha, sociálna fobia, OCD, PTSD, GAD, špecifické fobie...
Afektívne poruchy:
- dystýmia, depresívna porucha
Nepatologická úzkosť

Liečba

V liečbe agorafóbie sú odporučené **psychoterapeutické a farmakologické postupy**.

Farmakologická liečba je najmä v kompetencii psychiatra a realizuje sa podľa príslušného schváleného štandardu. V prípade Agorafóbie s panickou poruchou ide o štandard "Panická porucha - štandardné diagnostické a terapeutické postupy".

Psychoterapia agorafóbie

Empiricky najviac overenou psychoterapeutickou metódou je KBT, čo je dôvodom na jej odporučenie v prvom kroku. KBT má vykonávať terapeut, ktorý sa preukázateľne pridržiava overených protokolov pre liečbu (NICE, 2011). Overená účinnosť je aj pri využití dynamickej psychoterapie a relaxačných metód, metodologické obmedzenia však neumožňujú exaktne výhodnotiť viaceré metódy - napr. účinnosť interpersonálnej psychoterapie pri liečbe úzkostných porúch (Milrod a kol., 2016; Markowitz a kol., 2014).

Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí od individuálneho postoja pacienta k farmakoterapii a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii. Výber iného psychoterapeutického prístupu je opodstatnený v prípade, že vyššie uvedené prístupy nie sú dostupné alebo je to voľba pacienta, ktorý by mal byť upozorený na to, že existujú prístupy so známou účinnosťou.

Podporné výskumné štúdie a dôkazy sú uvedené v prílohe toto ŠDTP.

Svojpomocné postupy

Christoforou, Fonseca, Tsakanikos (2017) preukázali zlepšenie agorafobických symptómov u pacientov, ktorí sa sami identifikovali ako agorafobici pri svojpomocnej terapii pomocou mobilnej aplikácie. Prístupy vychádzali z princípov KBT a zamerali sa buď konkrétnie na

agorafóbiu, alebo všeobecne na symptómy úzkosti. Obe aplikácie mali porovnatelný efekt zlepšenia (išlo o RCT). KBT program prostredníctvom internetu za asistencie terapeuta v RCT Wims a kol., (2010) preukázal signifikantnú redukciu sledovaných symptómov u panických pacientov s agorafóbou v porovnaní so zoznamom čakateľov na terapiu. Kiropoulos a kol. (2008) porovnávali efektivitu KBT terapie tvárou v tvár a prostredníctvom internetu u panických pacientov s/bez agorafóbie. Oba spôsoby preukázali signifikantnú redukciu sledovaných symptómov.

Iné psychoterapeutické postupy

V psychoterapeutickej liečbe agorafóbie je možné využiť psychoedukáciu, podporné psychoterapeutické metódy, krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch, racionálne náhľadovú podpornú psychoterapiu.

Je možné taktiež aplikovať čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie). Je možné uplatniť aj psychodynamicky orientovanú psychoterapiu, rodinnú a párovú psychoterapiu, či psychoedukáciu rodinných príslušníkov.

Psychoterapia môže mať individuálny alebo skupinový formát.

Podporná psychoterapia

Katzman a kol. (2014) uvádzajú, že pre pacientov s agorafóbou, ktorí nie sú ochotní alebo schopní navštíviť ambulanciu, môžu byť ŠPI ako svojpomocné inštruktážne knihy, telefónna alebo videokonferenčná liečba, či KBT za pomoci internetu efektívnejšie ako čakacia listina, či samostatná relaxácie, a rovnako efektívne ako bežná KBT (pozri napr. aj Bouchard, et al.; 2004, Lucock, et al., 2008; Craske, et al., 2009; Lewis, et al., 2012).

Všeobecné princípy, zvýšenie prístupu k liečbe (upravené podľa NICE, 2013d).

Zdravotnícky pracovník (všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast, príp. iný špecialista) pri odoslaní pacienta s podozrením na psychickú poruchu do špecializovanej psychiatrickej alebo psychologickej starostlivosti má pacientovi poskytnúť detailné informácie, najlepšie písomne, kam má ísť a kde bude čakať, prípadne, ako bude vyšetrenie prebiehať a čoho sa nemusí obávať. Pacient môže špecializovanú psychiatrickú či psychologickú ambulanciu navštíviť aj z vlastného rozhodnutia, pokiaľ identifikoval svoje ťažkosti. V takom prípade mu potrebné informácie poskytne zdravotnícky pracovník počas informovaného súhlasu.

Určenie správnych liečebných možností

Pri preberaní možností liečby s osobami s agorafóbou je potrebné zvážiť:

- ich minulé skúsenosti s poruchou,
- ich skúsenosti a reakciu na predchádzajúcu liečbu,
- postupný rozvoj symptómov,
- diagnózu alebo špecifikáciu problému, závažnosť a trvanie ťažkostí,
- rozsah akéhokoľvek narušenia fungovania vyplývajúceho zo samotnej poruchy alebo akéhokoľvek chronického fyzického zdravotného problému,
- prítomnosť akýchkoľvek sociálnych alebo osobnostných faktorov, ktoré môžu zohrávať úlohu pri rozvoji alebo udržiavaní poruchy,

- prítomnosť akýchkoľvek komorbídnych porúch.

Pri diskusii o možnostiach liečby s pacientom s agorafóbiou je potrebné mu poskytnúť informácie o:

- povahе, obsahu a trvaní akéhokoľvek navrhovaného liečebného postupu,
- priateľnosti a znášanlivosti akéhokoľvek navrhovaného liečebného postupu,
- možných interakciách so všetkými inými liečebnými postupmi,
- dôsledkoch pre ďalšie poskytovanie akýchkoľvek bežných liečebných postupov.

Pri odporúčaní liečby agorafóbie je potrebné uprednostniť pri výbere postupy podložené EBM, v prípade potreby je možné v individuálnych prípadoch použiť aj iné postupy a brat' do úvahy aj preferenciu pacienta a možnosti, či dostupnosť terapie. Pacient má byť upozornený na to, že existujú prístupy so známou účinnosťou.

Pri poskytovaní liečby u pacientov s agorafóbiou je potrebné riadiť sa zásadami postupnej liečby a používať najmenej obťažujúce a najefektívnejšie intervencie.

Tabuľka č. 7

Možnosti liečby agorafóbie podľa NICE (2018)	
Zameranie intervencie	Charakter intervencie
1. krok: svojpomocné techniky, zmena životného štýlu a aplikácie	Kroky, ktoré môže vykonať sám pacient: zistenie informácií o poruche, možnosti ako zvládať panické ataky, zmena životného štýlu. Rôzne aplikácie.
2. krok*: psychologické terapie	Kniha alebo pracovný zošit založený na KBT, na ktorom pacient pracuje za pomocí a podpory terapeuta
- svojpomocná terapia s podporou terapeuta - kognitívno-behaviorálna terapia - aplikovaná relaxácia	Sedenia s KBT terapeutom (12-15 hodinových sedení) Sedenia zamerané na aplikovanú relaxáciu (12-15 hodinových sedení)
3. krok* - farmakoterapia	podľa príslušného ŠDTP
4. krok - podporné skupiny	

Poznámka: * 2. a 3. krok sa môžu podľa potreby kombinovať

Vysvetlenie:

1. krok: Svojpomocné techniky. Zmena životného štýlu a využitie aplikácií

Kroky, ktoré môže vykonať sám pacient: Svojpomocné techniky, zmena životného štýlu a aplikácie v mobile používané samotným pacientom zahŕňajú aj informácie a edukáciu o poruche. Okrem toho obsahujú informácie o spôsobe zvládania panických atakov/úzkosti (zotrvanie v obávanej situácii, zameranie sa na prítomnosť, pomalé dýchanie, vystavenie sa obávaným situáciám, imaginácia príjemného miesta, uistenie o neohrození života a akceptácia prejavov poruchy). Zmena životného štýlu zahŕňa cvičenie, zdravú stravu, vyhýbanie sa drogám, alkoholu, kofeínu... Pri svojpomocných technikách sa využívajú aj aplikácie (napr. aplikácia „nepanikár“ na kontrolované dýchanie, ktorá sa dá stiahnuť z internetu, postupy všímvosti ap.)

2. krok: Psychologické terapie:

- svojpomocná terapia s podporou terapeuta

Kniha alebo pracovný zošit založený na KBT, na ktorom pacient pracuje s pomocou a podporou terapeuta. Pacienti sa snažia liečiť agorafóbiu pomocou písomných, alebo elektronických svojpomocných materiálov (obvykle kníh, terapeutických denníkov alebo pracovných zošitov). Podobajú sa individuálnej sprevádzanej svojpomoci, avšak obvykle s minimom terapeutického kontaktu v podobe napr. občasného krátkeho telefonátu nie viac ako 5 minút. Odporúčame knihu Praško a kol. (2008) Agorafobie a Panická porucha, nakladateľstvo Portál.

- kognitívno-behaviorálna terapia** - sedenia s KBT terapeutom (12-15 hodinových sedení)
- aplikovaná relaxácia** - sedenia zamerané na aplikovanú relaxáciu (12-15 hodinových sedení)

3. krok: medikácia / farmakoterapia - je v kompetencii ošetrujúceho lekára

4. krok: podporné skupiny

Ked' osoba prejavuje symptómy úzkosti a depresie, je potrebné posúdiť povahu a rozsah symptomov, a ak osoba trpí:

- depresívnu poruchou, ktorá je sprevádzaná symptomami úzkosti, prioritnou by mala byť liečba depresívnej poruchy podľa príslušného ŠDTP,
- komorbiditu úzkostnej a depresívnej poruchy, je potrebné postupovať podľa príslušných ŠDTP pre obidve diagnostické jednotky,
- úzkostnými a depresívnymi symptomami, ktoré nespĺňajú diagnostické kritériá MKCH-10, pre stanovenie diagnózy, ale sú spojené s narušením fungovania, je potrebné prebrať s postihnutou osobou symptómy, ktoré je potrebné liečiť ako prvé, a následne vybrať terapeutický postup.

V prípade, že pacient s agorafóbou má problémy so škodlivou konzumáciou alkoholu, alebo je od alkoholu závislý, je mu potrebné najprv odporučiť liečbu zneužívania/závislosti od alkoholu, pretože táto môže viest' k výraznému zlepšeniu depresívnych alebo úzkostných symptomov.

Ked' má pacient s agorafóbou mierne poruchy učenia alebo kognitívneho poškodenia, pokiaľ je to možné, je vhodné poskytnúť alebo odporučiť mu rovnaké liečebné postupy ako u pacientov bez týchto tŕažností, avšak je potrebné zmeniť spôsob poskytovania, trvanie posúdenia alebo dĺžku liečby s ohľadom na postihnutie alebo poškodenie. V prípade stredne tŕažkých až tŕažkých porúch učenia alebo stredne tŕažkých až tŕažkých kognitívnych porúch, je potrebné poradiť sa so špecialistom, o vhodných odporúčaniach a možnostiach liečby.

Nie je vhodné rutinne meniť liečebné stratégie a odporúčania pre agorafóbou opísané v tomto usmernení, či už kvôli osobnostným charakteristikám (napr. pohlaviu alebo etniku) alebo depresívnym subtypom (napr. atypická depresia alebo sezónna depresia), pretože neexistujú presvedčivé dôkazy na podporu takéhoto konania.

Ak osoba s agorafóbiou potrebuje sociálnu, či vzdelávaciu podporu, alebo podporu ohľadom zamestnania, je potrebné zvážiť:

- informovanie o svojpomocných skupinách, podporných skupinách a iných lokálnych a národných možnostiach,
- program nadvázovania priateľstiev alebo rehabilitačný program pre ľudí s dlhodobými stredne t'ažkými alebo t'ažkými poruchami,
- vzdelávacie alebo zamestnanecké podporné služby.

KBT agorafóbie využíva viaceré behaviorálne a kognitívne postupy (podrobne pozri Praško, Prašková, 2007). Katzman a kol. (2014) uvádzajú, že pre agorafóbiu sú efektívnejšie kombinované stratégie liečby ako jednotlivé techniky. Podľa Praška, Praškovej (2007) sú všeobecné ciele liečby nasledovné:

- I. vytvoriť terapeutický vzťah,
- II. edukovať pacienta a blízke osoby,
- III. stanoviť si primerané konkrétné ciele a spôsoby ich dosahovania,
- IV. zmierniť symptómy úzkosti,
- V. postupne odstrániť vyhýbavé správanie,
- VI. systematické riešenie problémov v živote pacienta (ak sú prítomné),
- VII. udržiavanie pokroku a prevencia relapsu.

Uvedené ciele dosahujeme v liečbe postupnými krokmi:

1. edukácia o agorafóbii, o stresovej reakcii, o bludnom kruhu úzkosti a liečbe (počas prvých dvoch sedení, následne podľa potreby),
2. kognitívna reštrukturalizácia a behaviorálne experimenty,
3. expozícia vonkajším alebo vnútorným podnetom za pomoci vytvorenia expozičnej hierarchie (nácvik upokojujúceho dýchania a aplikovanej relaxácie ako doplnok),
4. riešenie problémov v živote pacienta (partnerské, sexuálne, pracovné, sociálne...),
5. príprava na samostatný život a prevencia relapsu.

Tabuľka č. 8

 Zložky kognitívno-behaviorálnej intervencie	
Expozícia	<ul style="list-style-type: none"> - vystavenie pacientov obavným podnetom - korekcia chybných predpokladov na základe vlastnej skúsenosti - vyhasnutie prehnanej emocionálnej reakcie pomocou opakovanej expozičie - úspešné zvládanie vedie k vytvoreniu presvedčenia, že pacient situácie a problémy zvládne
Odstraňovanie zabezpečovacieho a vyhýbavého správania	<ul style="list-style-type: none"> - vedenie pacientov k preruseniu správania, ktorým obvykle redukujú úzkosť (napr. únik, potreba uist'ovania) - znížuje sa tým negatívne posilnenie (zvýšenie častoty správania v dôsledku vynutia sa úzkost' vyvolávajúcim podnetom) - úspešné zvládanie vedie k vytvoreniu presvedčenia, že pacient situácie a problémy zvládne
Kognitívne stratégie	<ul style="list-style-type: none"> - kognitívna reštrukturalizácia, behaviorálne experimenty a podobné kognitívne stratégie, menia pacientovo prehnane vnímanie nebezpečenstva (napr. strach zo zošalenia...) - korekcia chybných predpokladov na základe vlastnej skúsenosti - zameranie na pacientovo presvedčenie, že svoje zdravotné ťažkosti dokáže zvládnuť sám (seba-účinnosť)
Manažment nabudenia/vzrušivosti (arousal)	<ul style="list-style-type: none"> - kontrola relaxácie a dýchania môže pacientom pomôcť kontrolovať zvyšujúcu sa úroveň úzkosti. Meranie a operačné podmieňovanie na základe prístrojovej spätnej väzby (biofeedback, neurofeedback) poskytuje presnejšie údaje a cielené ovplyvňovanie
Odstraňovanie využívania signálov bezpečia	<ul style="list-style-type: none"> - pacient prestane používať signály bezpečia (napr. prítomnosť druhých ľudí, pridŕžanie sa nákupného košíka atď.) - pacienti sa učia adaptívnym presvedčeniam, čo zvyšuje ich vedomie, že si poradia sami (seba-účinnosť)

Poznámka: Katzman, 2014

Prognóza

Charakteristický začiatok rozvoja agorafóbie je medzi 25. a 30. rokom (Michael, Zetsche, Margraf, 2007), ale porucha môže vzniknúť v ktoromkoľvek veku. Diagnóza agorafóbie sa spája so zhoršením fungovaním, invaliditou a nezamestnanosťou (Wittchen a kol., 2010).

Haby a kol. (2006) a Dow a kol. (2007) uvádzajú, že prognózu liečby zhoršujú: prítomnosť závažných atakov paniky, skorší vek začiatku, úroveň agorafobického vyhýbania a komorbidita so sociálnou fóbiou. V rozpore s týmito autormi sú Tibi a kol. (2015), ktorí uvádzajú, že skorší výskyt agorafóbie nesúvisí so závažnosťou a zhoršenou prognózou. Dôležitým faktorom úspešnej liečby je aj zmena v presvedčeniach a vo vyhýbavom správaní (Clark a kol., 1999; Bouchard a kol., 2007). Stupeň agorafobického vyhýbania je silnejším prediktorem invalidity ako frekvencia a závažnosť panických atakov (Slade, Grisham, 2009). Katzman a kol. (2014) uvádzajú, že samostatná KBT môže byť nedostatočná u pacientov s komorbiditami (napr. stredná až ťažká depresia), so závažnými a častými panickými atakmi a u pacientov s rýchlym zhoršovaním agorafóbie a/alebo so suicídálnymi ideáciami.

Tabuľka č. 9

 Faktory vedúce k zhoršenej prognóze liečby
<p>Prehľad aspektov vedúcich k zhoršenej prognóze liečby</p> <ul style="list-style-type: none">- Závažné panické ataky- Komorbídna psychická porucha (depresia, sociálna fobia)- Skorší vek začiatku*- Prítomné suicidálne ideácie- Rýchle zhoršovanie agorafobie

Poznámka: * nejednotnosť názorov odborníkov

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

Agorafobia môže byť u časti pacientov rezistentná na psychologickú a farmakologickú liečbu, a môže mať chronický priebeh. Takéto t'ažké formy agorafobie môžu viest' až k invalidizácii pacienta, a to obzvlášť s komorbiditou s inými psychickými poruchami.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

V primárnej starostlivosti by mal všeobecný lekár pre dospelých alebo všeobecný lekár pre deti a dorast uvažovať o prítomnosti úzkostnej poruchy, ak pacient kladne odpovie na nasledujúce skríningové otázky (podľa Katzman et al., 2014):

Trápili vás za posledné dva týždne nasledovné problémy:

- pocity nervozity, úzkosti, obáv, strachu,
- cítili ste sa celý nesvoj,
- cítili ste paniku alebo ste boli vydesený,
- vyhýbali ste sa situáciám, ktoré vo vás vyvolávali pocity úzkosti.

V prípade podezrenia na výskyt psychickej poruchy je potrebné, aby všeobecný lekár, alebo všeobecný lekár pre deti a dorast alebo špecialista urobil prvotný skríning a následne odoskal pacienta k špecialistovi. V iniciálnej fáze môže manažovať pacienta samostatne v úzkom kontakte so psychiatrom alebo psychológom.

Ak pacienta neodporúčal všeobecný lekár, mal by odborník z odboru psychiatria alebo klinická psychológia o odporúčaní informovať všeobecného lekára.

Pri odosielaní pacienta s podezrením na psychickú poruchu do špecializovanej psychiatrickej, alebo psychologickej starostlivosti je mu potrebné poskytnúť detailné informácie, najlepšie písomne, kam má ísť, a kde bude čakať, prípadne, ako bude vyšetrenie prebiehať a čoho sa nemusí obávať.

V prípade podezrenia na psychickú poruchu by mal posúdiť duševný stav pacienta a jeho funkčné, interpersonálne a sociálne problémy odborník špecialista v odbore psychiatria, alebo klinická psychológia podľa kompetencií tohto ŠDTP.

Pri tomto posúdení by mal tento odborník postupovať podľa diagnostického algoritmu, ktorý je uvedený v časti diagnostika.

Na posudzovanie efektu terapie by mal odborník kompetentný vykonávať psychologickú liečbu používať overené diagnostické metódy (napr. 9-položkový dotazník pacientovho

zdravia (PHQ-9) alebo 7-položkovú škálu generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7), alebo iný relevantný nástroj uvedený v špeciálnom doplnku tohto štandardu).

Podľa NICE (2011b) pri posúdení symptómov a s nimi spojeného narušenia fungovania v živote by mal zdravotnícky pracovník zvážiť nasledovné faktory, ktoré môžu ovplyvniť vývoj, priebeh a závažnosť ľažkostí, ktoré pacient udáva:

- akúkoľvek psychickú poruchu v jeho anamnéze,
- chronické zdravotné problémy v anamnéze,
- akúkoľvek minulú liečbu a jej výsledok,
- kvalitu interpersonálnych vzťahov,
- podmienky, v ktorých pacient žije, a sociálnu izoláciu,
- anamnézu psychických porúch v rodine (vrátane abúzov a suicídia),
- anamnézu domáceho násilia alebo sexuálneho zneužívania,
- zamestnanosť a imigračný status.

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

Pri posudzovaní pacienta a navrhovaní liečby zohľadniť akékoľvek poruchy učenia, alebo získané kognitívne poškodenia, a ak je to nutné, konzultovať zodpovedajúceho špecialistu.

Ak sú prítomné prejavy psychickej poruchy mierne a symptómy sa zlepšujú, alebo ak ide o poruchu v začiatocnom štádiu, mal by zdravotnícky pracovník zvážiť predtým, než začne liečbu, psychoedukáciu o poruche a následné sledovanie, alebo pacienta odošle k špecialistovi.

Tento postup môže zlepšiť menej výrazné symptómy a predísť ďalším intervenciám.

Je potrebné vždy sa priamo spýtať pacientov s diagnózou agorafóbie na suicídalne myšlienky a úmysly. V prípade, že zdravotnícky pracovník zistí riziko sebapoškodzovania alebo samovraždy, postupuje podľa príslušného ŠOP.

Ďalšie odporúčania

Úzkostné poruchy (medzi nimi aj agorafóbia) tvoria väčšinu duševných porúch na pracoviskách klinickej psychológie a v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Mnohí pacienti dostávajú liečbu neskoro. Preto je potrebné vzdelaťať všeobecných lekárov, všeobecných lekárov pre deti a dorast a iných špecialistov o symptónoch, priebehu a liečbe tejto poruchy, aby sa postihnutým dostala starostlivosť čo najskôr.

V primárnej prevencii agorafóbie by bolo užitočné vytvoriť preventívny ŠDTP. Prevenciu by mohli vykonávať zariadenia v pôsobnosti Ministerstva školstva SR, Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR.

V terapii je dôležité vytvorenie kvalitného terapeutického vzťahu s pacientom a jeho psychoterapeutické vedenie, najlepšie podľa EBM. Okrem liečby základnej poruchy pacienti často riešia svoje vzťahové či pracovné problémy, a v dnešnej dobe aj sociálnu situáciu. Tieto faktory taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Je potrebné doplnenie vzdelávacích programov tak v pregraduálnom, ako aj v postgraduálnom vzdelení a vzdelení v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia podľa tohto ŠDTP. Odporúčame vytvorenie vzdelávacieho programu v druhom stupni starostlivosti – špecifické psychoterapeutické intervencie.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Je potrebné prepojiť poradenskú starostlivosť s primárnu starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou na psychiatrických ambulanciach a pracoviskách klinickej psychológie. Pri liečbe agorafóbie sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

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

Úlohou poskytovateľov a organizátorov zdravotnej starostlivosti je zabezpečiť poskytovanie týchto ŠDTP ľuďom, ktorí k nim boli odporúčaní. Zdravotnícki pracovníci majú liečiť pacientov trpiacich agorafóbou podľa týchto ŠDTP.

Alternatívne odporúčania

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

Špeciálny doplnok štandardu

Agorafobia - dotazník mobility (IAPT, 2011)

Prosím, zhodnoťte stupeň, nakoľko sa vyhýbate nasledujúcim miestam alebo situáciám, pretože Vám spôsobujú diskomfort (nepohodu) alebo úzkosť. Posúťte nakoľko sa vyhýbate v prípade, keď ste s osobou, ktorej dôverujete, a nakoľko keď ste sám/sama.

Použite nasledovnú škálu:

1. Nikdy sa nevyhýbam
2. Zriedka sa vyhýbam
3. Vyhýbam sa polovicu času
4. Vyhýbam sa väčšinu času
5. Vždy sa vyhýbam

Ak to považujete za vhodné, môžete použiť aj čísla, ktoré sú v polovici medzi číslami uvedenými hore, napr. 3,5 alebo 4,5). Napíšte toto skóre do prázdnych políčok pre každú situáciu v oboch podmienkach - keď ste s niekým, a keď ste sám/sama. Nechajte prázdnne polička pri situáciách, ktoré sa Vás netýkajú.



Agorafóbia - dotazník mobility

Miesta	S niekým	Sám
Divadlá		
Supermarkety/obchody		
Triedy/prednášky		
Obchodné domy		
Reštaurácie		
Múzeá		
Výťahy/lanovky		
Posluchárne alebo štadióny		
Parkoviská		
Vysoké miesta		
Popíšte aké je to		
Uzavreté miesta (napr. tunely)		
Otvorené		
Otvorené priestranstvá		
A) Vonku (polia, široké ulice, dvory)		
B) Vo vnútri (napr. veľké miestnosti, hotelové lobby)		
Cestovanie v		
autobusoch		
vlakoch		
metre		
lietadlách		
lodiach		
Šoférovanie alebo jazdenie v aute		
A) Vždy		
B) Na diaľnici		
Situácie		
Státie v rade		
Prechádzanie cez most		
Párty (t.j. večierky) alebo sociálne udalosti		
Prechádzanie po ulici		
Zostať sám doma		
Byť od domu d'aleko		
Ďalšie (popíšte)		
Spolu:		

Dotazníky PHQ-9 a GAD-7 určené na meranie efektivity liečby

PHQ-9-SK Zoznam deviatich symptómov				
Meno a priezvisko:		Dátum:		
Ako často vás v poslednom týždni trápil niektorý z nasledovných problémov?		Vôbec 0	Niekoľko dní 1	Viac ako polovicu dní 2
1.	Malý záujem o aktivity, alebo radosť z nich	0	1	2
2.	Cítil/a som sa bez nálady, depresívne alebo beznádejne	0	1	2
3.	Problém so zaspávaním, prebúdzanie sa v noci, alebo nadmerná spavosť	0	1	2
4.	Pocit únavy alebo nedostatku energie	0	1	2
5.	Nechutenstvo alebo prejedanie sa	0	1	2
6.	Zlý pocit zo seba, že som zlyhal/a alebo sklamal/a seba, či svoju rodinu	0	1	2
7.	Problém sústrediť sa na rozličné činnosti, ako napr. čítanie novín alebo pozeranie televízie	0	1	2
8.	Spomalenie pohybov alebo reči, ktoré si všimlo aj moje okolie. Alebo naopak, nepokoj a nervozita, ktoré ma nutili pohybovať sa viac ako obvykle	0	1	2
9.	Myšlienky, že by bolo lepšie zomrieť alebo si nejakо ublížiť	0	1	2
	Spolu			



GAD-7 Sedem položková škála generalizovanej úzkostnej poruchy

Meno a priezvisko:		Dátum:			
		Vôbec	Niekoľko dní	Viac ako polovicu dní	Skoro každý deň
Ako často vás v poslednom týždni trápil niektorý z nasledovných problémov?		0	1	2	3
1.	Pocity nervozity, úzkosti alebo pocit pred zrútením	0	1	2	3
2.	Nemožnosť zastaviť alebo kontrolovať obavy	0	1	2	3
3.	Prílišné obavy z rôznych vecí	0	1	2	3
4.	Problémy uvoľniť sa	0	1	2	3
5.	Tak výrazný nepokoj, že bolo ľažké zostať pokojne sedieť	0	1	2	3
6.	Lahko ste sa znechutili alebo nahnevali	0	1	2	3
7.	Pocit strachu, ako keby sa mohlo stať niečo hrozné	0	1	2	3
	Spolu				

Ak ste zaznamenali akékoľvek problémy v dotazníkoch PQ9 alebo GAD-7, nakoľko tieto problémy narúšali Vašu prácu, domáce povinnosti alebo vzťahy s inými ľuďmi?

Prosím vyznačte v tejto tabuľke.

	Vôbec	Niekedy	Veľmi	Extrémne
PHQ-9				
GAD-7				

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Ďalší audit a revízia odporúčame za päť rokov.

Literatúra

ANDREAS, S. - SHULZ, H. - SEHNER, S. 2016. Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis-ICF65+ study. In The British Journal of Psychiatry. 2016, ISSN 1472-1465, vol. 201, no. 2, p. 1-7.

ANDREWS, G. et al. 2018. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. In The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018, ISSN 1440-1614, vol. 52, no. 12, p. 1109-1172.

APA. 2018. Treatment Target: Panic Disorder. American Psychological Association. 2018 [cit. 2019/08/05]. Dostupné na internete: <<https://www.div12.org/diagnosis/panic-disorder/>>

BANDELOW, B. et al. 2008. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders First Revision. In The World Journal of Biological Psychiatry, 2008, ISSN 1562-2975, vol. 9, no. 4, p. 248-312.

BENTLEYA, K.H. et al. 2016. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. In Clinical Psychology Review. 2016, ISSN 0272-7358, vol. 43, p. 30-46.

BESTEHÉR, B. et al. 2018. Subclinical Agoraphobia symptoms and Regional Brain Volumes in Non-clinical Subjects: Between Compensation and Resilience? In Frontiers in Psychiatry. 2018, ISSN 1664-0640, vol. 28, p. 1-8

- BEUTEL, M.E. et al. 2013. Implementing panic-focused psychodynamic psychotherapy into clinical practice. In *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2013, ISSN 14970015, vol. 58, no. 6, p. 326-34.
- BIENVENU, O.J. et al. 2006. Agoraphobia in general population adults: incidence and longitudinal relationships with panic. In *The British Journal of Psychiatry*. 2006, ISSN 1472-1465, vol. 188, p. 432-438.
- BOUCHARD, S. et al. 2004. Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. In *Telemedicine Journal and e-Health*. 2004, ISSN 1556-3669, vol. 10, p. 13-25.
- BOUCHARD, S. et al. 2007. Temporal relationship between dysfunctional beliefs, selfefficacy and panic apprehension in the treatment of panic disorder with agoraphobia. In *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2007, ISSN 0005-7916, vol. 38, p. 275-292.
- CLARK D.M. et al. 1999. Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999, ISSN 0022-006X, vol. 67, p. 583-589.
- CRASKE, M.G. et al. 2009. Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. In *Depression and Anxiety*. 2009, ISSN 1520-6394, vol. 26, p. 235-242.
- CZAJKOVSKI, N. et al. 2011. The structure of genetic and environmental risk factors for phobias in women. In *Psychological Medicine*. 2011, ISSN 1469-8978, vol. 41, p. 1987-1995.
- DE BEURS, E. et al. 1995. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. In *American Journal of Psychiatry*. 1995, ISSN 1535-7228, vol. 152, no. 5, p. 683-91.
- DOW, M.G. et al. 2007. Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder: I. Predictors of outcome. In *Psychological Medicine*. 2007, ISSN 1469-8978, vol. 37, p. 1493-1502.
- DSM-V. 2015. Diagnostický a statistický manual duševních poruch. Praha : Hogrefe. 2015, ISBN 978-80-86471-52-5, 1032 s.
- EVANS, L.-HOLT, C.-OEI, T.P. 1991. Long term follow-up of agoraphobics treated by brief intensive group cognitive behavioural therapy. In *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1991, ISSN 1440-1614, vol. 25, no. 3, p. 343-349.
- FARAVELLI, C.-FURUKAWA ,T.A.-TRUGLIA, E. 2009. Panic disorder. In G. Andrews, D.S. Charney, P.J. Sirovatka (Eds.) *Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders*. p. 31-58, Arlington : American Psychiatric Association. 2009, ISBN 978-0890423448. 330 p.
- FAVA, G.A. et al. Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. In *Psychological Medicine*. 2001, ISSN 1469-8978, vol. 31, no. 5, p. 891-8.
- GLOSTER, A.T. et al. 2011. Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2011, ISSN 0022-006X, vol. 79, no. 3, p. 406-420.
- GOODWIN, R.D.-STEIN, D.J. 2013. Anxiety disorders and drug dependence: evidence on sequence and specificity among adults. In *Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2013, ISSN 1545-7222, vol. 67, no. 3, p. 167-73.
- GRANT, B.F. et al. 2006. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In *The Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 2006, vol. 67, p. 363-374.
- GREENE, A.L. - EATON, N.R. 2016. Panic disorder and agoraphobia: A direct comparison of their multivariate comorbidity patterns. In *Journal of Affective Disorders*. 2016, ISSN 0165-0327, vol. 190, p. 75-83.
- HABY, M.M. et al. 2006. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a metaregression of factors that may predict outcome. In *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006, ISSN 1440-1614, vol. 40, p. 9-19.
- HAHLWEG, K. et al. 2001. Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001, ISSN 0022-006X, vol. 69, no. 3, p. 375-382.
- HOFFART, A. et al. 2016. Cognitive and Guided Mastery Therapies for Panic Disorder with Agoraphobia: 18-Year Long-Term Outcome and Predictors of Long-Term Change. In *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2016, ISSN 1099-0879, vol. 23, no. 1, p. 1-13.
- CHRISTOFOROU, M. - FONSECA, J.A.- TSAKANIKOS, E. 2017. Two Novel Cognitive Behavioral Therapy-Based Mobile Apps for Agoraphobia: Randomized Controlled Trial. In *Journal of Medical Internet Research*. 2017, ISSN 438-8871, vol.19, no. 11, p. e398
- IAPT, 2011. The IAPT Data Handbook Appendices. Including the IAPT Data Standard. Dostupné na internete: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160302160058/http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/iapt-data-handbook-v2.pdf>
- ICD-11. 2018. International classification of diseases. [cit. 2019/05/08]. Dostupné na internete: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>>

- KAMILA, S. et al. 2013. Does Maintenance CBT Contribute to Long-Term Treatment Response of Panic Disorder With or Without Agoraphobia? A Randomized Controlled Clinical Trial. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2013, ISSN 1939-2117, vol. 81, no. 1, p. 47-57.
- KAMPMAN, M. et al. 2002. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the effects of adjunctive paroxetine in panic disorder patients unsuccessfully treated with cognitive-behavioral therapy alone. In *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2002, ISSN 1555-2101, vol.63, no.9, p. 772-777.
- KATZMAN, M.A. et al. 2014. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. In *BMC Psychiatry*. ISSN 1471-244X, 2014, vol. 14, no. suppl. 1, p. S1-S83.
- KENDLER, K.S.-KARKOWSKI, L.M.-PRESCOTT, C.A. 1999. Fears and phobias: reliability and heritability. In *Psychological Medicine*. 1999, ISSN 1469-8978, vol. 29, no. 3, p. 539.
- KESSLER, R.C. et al. 2005a. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2005a, vol. 62, p. 593-602.
- KESSLER, R.C. et al. 2005b. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2005b, vol. 62, p. 617-627.
- KING, A.L. et al. 2011. Efficacy of a specific model for cognitive-behavioral therapy among panic disorder patients with agoraphobia: a randomized clinical trial. In *Sao Paulo Medical Journal*. 2011, ISSN 1806-9460, vol. 129, no. 5, p. 325-34.
- KIROPOULIS, L.A. et al. 2008. Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? 2008. In *Journal of Anxiety Disorders*. 2008, ISSN 0887-6185. vol. 22, no. 8, p. 1273-84.
- KLEIN, D.F. 2002. Historical aspects od anxiety. In *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2002, ISSN 1958-5969, vol. 4, no. 3, p. 295-304.
- KNUTS, I.J. et al. 2015. Intensive behavioral therapy for agoraphobia. In *Journal of Affective Disorders*. 2015, ISSN 0165-0327, vol. 174, p. 19-22.
- LEWIS, C.-PEARCE, J.-BISSON, J. 2012. Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. In *The British Journal of Psychiatry*. 2012, ISSN 1472-1465, vol. 200, p. 15-21.
- LUCOCK, M. et al. 2008. Controlled clinical trial of a self-help for anxiety intervention for patients waiting for psychological therapy. In *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2008, ISSN 1352-4658, vol. 36, p. 541-551.
- MARCHAND, A. et al. 2009. A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. In *Journal of Anxiety Disorders*. 2009, ISSN 0887-6185, vol. 23, no. 8, p. 1139-1147.
- MARKOWITZ, J.C.-LIPSITZ, J.-MILROD, B.L. 2014. Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders. In *Depression and Anxiety*. 2014, ISSN 1520-6394, vol. 31, no. 4, p. 316-325.
- MCCABE, L. et al. 2006. Prevalence and Correlates of Agoraphobia in Older Adults. In *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006, ISSN 1064-7481, vol. 14, no. 6, p. 515-522.
- MICHAEL, T.- ZETSCHÉ, U.- MARGRAF, J. 2007. Epidemiology of Anxiety Disorders. Epidemiology and Psychopharmacology. In *Psychiatry*. 2007, ISSN 1476-1793, vol. 136, p. 142, 2007.
- MILROD, B. et al. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. In *American Journal of Psychiatry*. 2007, ISSN 1535-7228, vol. 164, p. 265–272.
- MILROD, B., CHAMBLESS, D.L., GALLOP, R., BUSCH, F.N., SCHWALBERG, M., MCCARTHY, K.S., GROSS, C., SHARPLESS, B.A., LEON, A.C. y BARBER, J.P., 2016. Psychotherapies for Panic Disorder: A Tale of Two Sites. *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 77, no. 7, pp. 927-935. ISSN 1555-2101. DOI 10.4088/JCP.14m09507
- MITTE, K. 2005. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. In *The Journal of Affective Disorders*. 2005, ISSN 0165-0327, vol. 88, no. 1, p. 27-45.
- MKCH-10. 1992. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha : Psychiatrické centrum. 1992, ISBN 80-85121-37-9.
- MOSING, M.A. et al. 2009. Genetic and environmental influences on the comorbidity between depression, panic disorder, agoraphobia a social phobia: A twin study. In *Depression and Anxiety*. 2009, ISSN 1520-6394, vol. 26, p. 1004-1011.
- NA. K. et al. 2013. Decreased gray matter volume of the medial orbitofrontal cortex in panic disorder with agoraphobia: A preliminary study. In *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2013. ISSN 0278-5846, vol. 45, no. 1, p. 195-200.
- NCS-R. 2007a. National Comorbidity Survey Replications, Lifetime prevalence estimates. 2007a. [cit. 2019.05.01]. Dostupné na internete: <<https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.php/>>

NCS-R. 2007b. National Comorbidity Survey Replications, , Twelve-month prevalence estimates. 2007b. [cit. 2019.05.01]. Dostupné na internete: <<https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.php>>

NICE (2011) Common mental health problems: identification and pathways to care Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care. Editors National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Source Leicester (UK): British Psychological Society; 2011. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance .

NICE, 2018. Agoraphobia: Treatment. [cit. 2019.05.08]. Dostupné na internete: <<https://www.nhs.uk/conditions/agoraphobia/treatment/>>

PERNA, G. et al. 2011. Antianxiety medications for the treatment of complex agoraphobia: pharmacological interventions for a behavioral condition. In Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2011, ISSN 1178-2021, vol. 7, p. 621-637.

POMPOLI, A. et al. 2016. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. In Cochrane database of systematic reviews. 2016, [cit. 2019/05/18], dostupné na internete: <<https://boris.unibe.ch/81165/>>

PRAŠKO, J. - LAŇKOVÁ, J. 2006. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Praha : Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 2006. 14 s. ISBN 80-86998-05-3.

PRAŠKO, J. – PRAŠKOVÁ, H. 2007. KBT agorafobie. In J. Praško, P. Možný, M. Šlepecký a kol. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch, s. 483-525. Praha : Triton. 2009. ISBN 978-80-7254-865-4, 1048 s,

PRAŠKO, J. - PRAŠKOVÁ, H. 2009. Agorafobie. In D. Seifertová, J. Praško, J. Horáček, C. Höschl. Postupy v léčbě psychických poruch, s. 219-230. Praha : Academia medica. 2009, ISBN 80-86694-07-0, 616 s.

RITCHIE, K. et al. 2013. Late-onset agoraphobia: general population incidence and evidence for a clinical subtype. In American Journal of Psychiatry. 2013, ISSN 1535-7228, vol. 170, no. 7, p. 790-8.

SLADE, T.-GRISHAM, J.R. 2009. A taxometric investigation of agoraphobia in a clinical and a community sample. In Journal of Anxiety Disorders. 2009, ISSN 0887-6185, vol. 23, no. 6, p. 799-805.

STEIN, D.J. 2012. Agoraphobia and panic disorder : options for ICD-11. In World Psychiatry. 2012, ISSN 2051-5545, vol. 11, p. 88-92.

STEIN, D.J. et al. 2017. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology. In Dialogues in Clinical Neuroscience. ISSN 1958-5969, 2017, vol. 19, no. 2, p. 127–136.

SWINSON, R.P. et al. 1995. Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. In Behaviour Research and Therapy. 1995, ISSN 1873-622X, vol. 33, no. 4, p. 465-469.

TEARNAN, B.H.-TELCH, MJ.-KEEFE, P. 1984. Etiology and onset of agoraphobia: A critical review. In Comprehensive Psychiatry. ISSN 1532-8384, vol. 25, p. 51–62.

TIBI, L. et al. 2015. An admixture analysis of age of onset in agoraphobia. In Journal of Anxiety Disorders. 2015, ISSN 0887-6185, vol. 180, p. 112-115.

VAN APELDOORN, F.J. et al. 2008. Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. In Acta Psychiatrica Scandinavica. 2008, ISSN 1600-0447, vol. 117, no. 4, p. 260-70.

VAN BALKON A.J. et al. 1997. A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. In The Journal of Nervous and Mental Disease. 1997, ISSN 1539-736X, vol. 185, no. 8, p. 510-516.

VOS, S.P. et al. 2012. A randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for panic disorder with agoraphobia. In Psychological Medicine. 2012, ISSN 1469-8978, vol.42, no. 12, p. 2661-2672.

WIMS, W. et al. 2010. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for panic: A randomized controlled trial. 2010. In The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2010, ISSN 1440-1614 , vol. 44, no. 7, p. 599-607.

WINTER, E. 2017. Agoraphobia. Johns Hopkins Psychiatry Guide. 2017. [cit. 2019.05.08]. Dostupné na internete: <https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_Psychiatry_Guide/787057/all/Agoraphobia/>

WITTCHEN, H.U.-GLOSTER, A.T. 2010. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. In Depression and Anxiety. 2010, ISSN 1520-6394, vol. 27, no. 2, p. 113-133.

WITTMANN, A. et al. 2014. A Anticipating agoraphobic situations: the neural correlates of panic disorder with agoraphobia. In Psychological Medicine. 2014, ISSN 1469-8978, vol. 44, no. 11, p. 2385-2396.

WURTHAM, C. et al. 1999. Prefrontal enlargement of CFS spaces in Agoraphobia: A qualitative CT-scan study. In Biological Psychiatry. 1999, ISSN 1873-2402, vol. 23, no. 5, p. 823-830.

Poznámka:

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

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

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. júla 2021 .

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva

Príloha

Prehľad podporných výskumných dôkazov

Andrews a kol. (2018) uvádzajú, že pri liečbe úzkostných porúch viaceré meta-analýzy preukázali efektivitu KBT. Naprieč štúdiami je efektivita KBT vyššia v porovnaní s čakacou listinou alebo s pacientmi bez liečby, a o niečo nižšia pri porovnaní s placebom, psychologickými liečbami, medikamentmi, alebo liečbou ako zvyčajne. U približne polovice účastníkov liečby sa symptómy natol'ko zlepšili, že pacienti už nespĺňali kritériá pre poruchu. Ďalšie psychoterapeutické prístupy ako: orientácia na riešenie problémov, relaxácia, interpersonálna terapia, modifikácia kognitívnych skreslení, všímovosť a psychodynamické terapie sa java byť prospešné, avšak dôkazov nie je dostatok (pozri aj Markowitz a kol., 2014). Bandelow a kol. (2008) uvádzajú, že KBT alebo expozičná terapia sú pri panickej poruche alebo agorafóbii efektívnejšie ako čakacia listina, a vo väčšine štúdií sú nadradené aj psychologickému alebo tabletovému placebo. Kombinácia KBT a medikácie je efektívnejšia ako monoterapia. Predbežné výsledky preukazujú aj efektivitu psychodynamickej terapie či aeróbneho cvičenia.

Meta-analýza Mitte (2005) preukázala, že KBT alebo BT sú pri panickej poruche s/bez agorafóbie efektívnejšie ako placebo, a prinajmenšom rovnako efektívne ako medikamentózna liečba. Staršia meta-analýza van Balkoma a kol. (1997) preukázala, že pri znižovaní agorafobického vyhýbania v porovnaní s kontrolnými podmienkami (tabletové placebo, pozornostné placebo, čakacia listina) boli efektívnejšie nasledujúce postupy: benzodiazepíny, antidepresíva, psychologický manažment paniky, expozícia in vivo, tabletové placebo kombinované s expozíciou in vivo, antidepresíva kombinované s expozíciou in vivo a psychologický manažment paniky v kombinácii s expozíciou in vivo. V porovnaní s ostatnými intervenciami boli najefektívnejšie antidepresíva v kombinácií s expozíciou in vivo.

Prehľad RCT

RCT sa prevažne zameriavali na mieru agorafobického vyhýbania a symptómov pri panickej poruche (e.g. Gloster a kol., 2011; Vos a kol., 2012). Existuje niekoľko štúdií zameraných na samostatnú agorafóbiu (napr. Evans, Holt, Oei, 2011), avšak nejde o RCT.

Vos a kol. (2012) u pacientov s PO v komorbidite s agorafóbou preukázali nadradenosť KBT v porovnaní s interpersonálnou terapiou, a to konkrétnie: signifikantnú redukciu v symptónoch agorafobického vyhýbania a zníženie negatívnych interpretácií telesných vnemov. Pokial' ide o interpersonálne fungovanie a všeobecnú psychopatológiu, tieto dva prístupy boli porovnatel'né. Expozícia spoločne s terapeutom je efektívnejšia pri znižovaní agorafobického vyhýbania v porovnaní s expozíciou bez terapeuta, ale obe sú efektívnejšie ako kontrolná skupina (Gloster a kol., 2011). Krátkodobá KBT (7 sedení), tradičná KBT (14 sedení) a skupinová KBT (14 sedení) sa ukázali byť porovnatel'ne efektívne formy terapie pre stredne ťažkú až ťažkú panickú poruchu s agorafóbou s pozitívnym efektom na zníženie symptómov zo strednodobého aj dlhodobého hľadiska (Marchand a kol., 2009).

Marchand a kol. (2009) sledovali efekt 4 typov liečby (kognitívna v kombinácii s odstupňovanou in vivo expozíciou, odstupňovaná in vivo expozícia, kognitívna, podporná terapia) v kombinácii s imipramínom alebo placeboom na agorafobické symptómy pri panike. Všetky liečebné podmienky sa ukázali ako signifikantne efektívne pri redukcii symptómov počas následného ročného sledovania. Medzi skupinami liečenými imipramínom alebo placeboom sa nepreukázal rozdiel. Pri porovnaní skupín pacientov náhodne zaradených do 4 liečebných podmienok (placebo a expozícia, fluvoxamín a expozícia, psychologické manažovanie paniky a expozícia, a expozícia samotná) sa všetky liečebné postupy preukázali ako efektívne pri redukcii symptómov agorafobického vyhýbania, avšak kombinácia medikamentóznej liečby a expozície in vivo sa ukazovala byť nadradenou liečbou (de Beurs a kol., 1995).

Na paniku zameraná psychodynamická terapia (PFPP) je protokol trvajúci 24 - sedení zameraný na prácu s pacientami s panickou poruchou s/bez agorafóbie (bez expozičnej liečby). Podľa Milroda a kol. (2007) v rámci ich RCT sa preukázalo, že tento protokol je efektívnejší v redukcii symptómov u pacientov s panickou poruchou s/bez agorafóbie v porovnaní s tréningom aplikovanej relaxácie. Beutel a kol. (2013) v súbore 54 ambulantných pacientov s panickou poruchou s/bez agorafóbie pri porovnaní PFPP a KBT + expozícia nepreukázali signifikantné rozdiely v dosiahnutí remisie pri ukončení a v následnom sledovaní po pol roku. Navýšenie vzorky pri rovnakých výsledkoch by však viedlo k signifikantnému rozdielu.

ŠPDTP	Úroveň dôkazov	Referencie
Psychoterapia	I	
Psychotropné lieky	Ak psychoterapia, alebo medikácia nie sú efektívne, potom treba odporučiť inú formu liečby, alebo ich kombináciu	Bandelow et al., (2014)
Psychoterapia		
KBT	I	Bandelow et al., (2014)
Psychodynamická psychoterapia	II	Bandelow et al., (2014)
Cvičenie (vytrvalostný tréning, napr. jogging 5 km tri krát za týždeň)	Zhoda expertov	Bandelow et al., (2014)
Svojpomocné pacientské skupiny a podporné skupiny pre rodinu	Zhoda expertov	Bandelow et al., (2014)

Ostatné štúdie

Intenzívna behaviorálna terapia u pacientov s agorafóbou (týždeň alebo dva) preukázala signifikantné zlepšenie agorafóbie (Knuts a kol., 2015). Dlhodobé sledovanie pacientov s panickou poruchou s agorafóbou (od 2 do 14 rokov) liečených štandardnou formou expozičnej liečby preukázalo, že 62,1% zostało v remisii aj po 10-tich rokoch liečby (Fava a kol., 2001). Vysoko-intenzívna expozícia u pacientov s diagnózou PO v komorbidite s agorafóbou sa preukázala ako efektívna v redukcii symptómov úzkosti, úzkostných myšlienok, agorafobického vyhýbania, a to v intervale 6 týždňov a 1 rok po terapii (porovnanie pacientov z troch rôznych kliník) (Hahlweg a kol., 2001). Výsledky Evansa, Holt, Oeiho (1991) preukázali signifikantné zlepšenie u pacientov s agorafóbou liečených dvojdňovou skupinou KBT v porovnaní s kontrolou skupinou. 85% pacientov bolo bez symptómov alebo s redukovanými symptómami po 1 roku od liečby. Swinson a kol. (1995) preukázali signifikantné zlepšenie pacientov s agorafóbou a panickou poruchou v porovnaní s čakacou listinou, v prípade behaviorálneho protokolu cez telefón.

Medikácia a psychoterapia

Podľa Perna a kol. (2011) nie sú štúdie, ktoré by boli špecificky orientované na zhodnotenie efektu farmakoterapie na agorafóbii. Meta-analýza Bandelowa a kol. (2007) preukázala, že kombinácia KBT a psychofarmák je efektívnejšia ako samostatná KBT alebo čistá medikamentózna liečba v liečbe panickej poruchy s/bez agorafóbie. Meta-analýza Mitte (2005) preukázala, že kombinácia KBT/BT s liekmi je porovnatelne efektívna ako samostatná KBT alebo samostatné podávanie psychofarmák. Perna a kol. (2011) rovnako uvádzajú, že u pacientov s agorafóbou mohlo ich zlepšenie byť dôsledkom redukcie panických atakov. U pacientov nedopovedajúcich na liečbu KBT sa preukázala ako efektívna liečba kombinácia paroxetínu a KBT, ktorá viedla k zníženiu agorafobického správania a úzkostného nepohodlia

v porovnaní s kontrolou skupinou (KBT plus placebo). Išlo o randomizovanú, dvojito-zaslepenú placebo štúdiu (Kampman a kol., 2002). King a kol. (2011) v RCT preukázali, že pri liečbe pacientov s panickou poruchou s agorafóbou viedli k porovnateľnému zlepšeniu symptómov aj KBT + medikácia, aj samotná medikamentózna liečba (triciklické antidepresíva alebo SSRI). Avšak v porovnaní s monoterapiou liekmi, pri kombinácii KBT s liekmi nastala signifikantná redukcia panických atakov, anticipačnej úzkosti, agorafobického vyhýbania a strachu z telesných prejavov.

Kombinácia KBT a SSRI liečby u pacientov s panickou poruchou s/bez agorafóbie z rozličných liečebných centier bola účinnejšia ako samostatná KBT alebo medikamentózna liečba, aj keď rozdiely boli malé. Rozdiely medzi efektom samostatnej KBT a čistej medikamentóznej liečbe neboli signifikantné (van Apeldoorn a kol., 2008).

Pretrvávanie efektu psychologickej liečby

Mitte (2005) uvádza, že počas následného sledovania (priemer 16,8 mesiacov) bola KBT/BT efektívnejšia v porovnaní s kombinovanou liečbou KBT/BT a farmakami. Marchand a kol. (2009) preukázali, že skupinová, klasická aj krátka KBT bola z krátkodobého aj dlhodobého hľadiska užitočná pre pacientov so stredne ľažkou až závažnou PO s agorafóbou. Všetky tri terapie viedli k redukcii intenzity symptómov, zvýšili kvalitu života pacienta a znížili riziko relapsu v porovnaní s čakacou listinou aj pri následnom sledovaní po dvoch rokoch. Miery efektu boli veľké. Hoffart a kol. (2016) zistili, že po 18 rokoch od kompletnej liečby pacientov s panickou poruchou a/alebo agorafóbou, 56,5% z nich viac nespĺňalo kritériá pre panickú poruchu alebo agorafóbii. Miera efektu bola veľká. Meta-analýza Pompoli a kol. (2016) uvádza, že pri liečbe panickej poruchy s/bez agorafóbie mali z dlhodobého hľadiska najvyššiu úroveň remisie KBT a psychodynamická terapia, avšak miery efektu boli relatívne malé. White a kol. (2012) preukázali, že u pacientov s panickou poruchou s/bez agorafóbie bola udržiavacia KBT liečba efektívnejšia v prevencii relapsov po akútej liečbe v porovnaní so samotným posúdením symptómov bez predchádzajúcej liečby. Dlhodobé sledovanie pacientov s panickou poruchou s agorafóbou (od 2 do 14 rokov) liečených štandardou formou expozičnej liečby preukázalo, že 62,1% zostało v remisii aj po 10-tich rokoch liečby (Fava a kol., 2001).