

Fobia społeczna – co to jest i jak można sobie z nią poradzić

Michał Zbigniew Wójcik, psycholog

Czym są fobie społeczne?

Fobie społeczne zazwyczaj zaczynają się w okresie pokwitania i wiążą się z obawą przed oceną przez innych ludzi skupionych w stosunkowo małych grupach, która prowadzi do unikania sytuacji społecznych. Są one jednakowo częste u mężczyzn jak i u kobiet. Mogą być określone (np. ograniczone do jedzenia w miejscach publicznych, do wystąpień publicznych lub spotkań z przedstawicielami płci przeciwnej) lub rozlane, obejmujące niemal wszystkie sytuacje społeczne poza kręgiem najbliższej rodziny. Fobie społeczne są zazwyczaj związane z niską samooceną i strachem przed krytyką. Mogą przejawiać się jako skargi na czerwienie się, drżenie rąk, nudności czy nagła potrzeba natychmiastowego oddania moczu. Objawy mogą nasilać się do rozmiarów napadów lękowych (paniki). Unikanie jest często wyraźne, a w krańcowych przypadkach może prowadzić do całkowitej izolacji społecznej.

Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10 Do ostatecznego rozpoznania fobii społecznej muszą zostać spełnione wszystkie z następujących kryteriów:

- a) objawy psychologiczne, behawioralne lub autonomiczne są pierwotnym przejawem lęku, a nie wtórnym, w stosunku do innych objawów takich jak urojenia czy myśli natrętne;
- b) lęk jest ograniczony do sytuacji społecznych lub występuje przede wszystkim w takich sytuacjach;
- c) unikanie sytuacji fobicznych jest cechą dominującą.

Podobną klasyfikację przyjęły Cierpiałkowska i Grzegorzewska opisując dziecko z lękiem społecznym jako nieustająco obawiające się nieakceptacji i krytyki ze strony dorosłych i innych dzieci a także czujące się w ich obecności skrępowane i zawstydzone. Najczęściej najpierw dorośli twierdzą, że jest nieśmiały, a potem samo dziecko tak mówi o sobie. Pewniej czuje się w obecności bliskich osób, gdy jest „niewidoczny” dla innych. Dzieci i młodzież z lękiem społecznym mają dobre relacje z członkami rodziny i innymi osobami dobrze im znanymi, natomiast obawiają się i unikają interakcji w nowych sytuacjach społecznych. W okresie wczesnoszkolnym, a potem w kolejnych etapach adolescencji odczuwają stosunkowo silny lęk, zawstydzienie i niepewność w relacjach z płcią przeciwną, podczas

ewentualnych występów publicznych (np. odpowiadanie na pytania zadane przez nauczyciela w obecności całej klasy) oraz w sytuacjach, w których inni mogą zwrócić na nich uwagę, na przykład w trakcie wspólnych posiłków. Zachowania te powodują trudności w realizowaniu zadań rozwojowych i nowych wyzwań. Na przykład trudności w relacjach z rówieśnikami mają daleko idące konsekwencje dla funkcjonowania w społeczności szkolnej, zwłaszcza gdy pojawiają się nowe zadania a od samych dzieci oczekuje się coraz więcej niezależności i odpowiedzialności.

W praktyce pracy z dziećmi i młodzieżą najczęściej mowa o specyficznym rodzaju fobii, zwanej **fobią szkolną**. Kendall (2021) określa ją jako fobię występującą u dzieci, która polega na lęku i unikaniu, ograniczającym się w zasadzie do środowiska szkolnego. Dziecko z lękiem separacyjnym unika różnych sytuacji, z którymi wiąże się rozłąka z opiekunem, natomiast dziecko z fobią szkolną boi się i unika jedynie szkoły. Dzieci z lękiem separacyjnym zostają szkole, jeśli jest z nimi osoba, do której są przywiązane, natomiast dziecko z fobią szkolną dobrze czuje się w każdym innym środowisku poza środowiskiem szkoły. Diagnozę fobii szkolnej stawia się, jeśli występują poważne problemy z chodzeniem do szkoły, których skutkiem jest przedłużająca się absencja w szkole, poważny rozstrój emocjonalny, dziecko pozostaje w domu za wiedzą rodziców i nie występują antyspołeczne tendencje ani zaburzenie zachowania.

Jak można przezwyciężyć fobie społeczne?

Bourne (2011) zauważył, że jednym z najskuteczniejszych sposobów przezwyciężenia fobii jest stawienie jej czoła. Ponieważ fobie rozwijają się w procesie *sensytyzacji*, właściwym kierunkiem na drodze do pokonania fobii jest *desensytyzacja*, czyli *ekspozycja*. Jest to proces osłabiania skojarzenia między lękiem a określoną sytuacją. Jej warunkiem jest wejście w sytuację fobiczną w stanie względnej relaksacji, pozwalając na tymczasowe zwiększenie a następnie ustąpienie lęku. W sytuacji, gdyby lęk pacjenta osiągnął taki poziom, iż lęk mógłby wymknąć się spod kontroli, następuje chwilowe wycofanie z sytuacji a następnie jak najszybszy powrót.

Desensytyzacja spełnia dwa cele:

1. osłabienie skojarzenia między sytuacją fobiczną a reakcją lękową
2. wytworzenie nowego skojarzenia między tą sytuacją a uczuciem relaksacji i bezpieczeństwa.

Wielokrotne wchodzenie w sytuację fobiczną w stanie relaksacji ostatecznie pozwala na przezwyciężenie skłonności do reagowania lękiem. Jest leczeniem z wyboru, które okazuje się skuteczniejsze niż inne, niebehawioralne metody leczenia.

Autor zaproponował kilka alternatywnych rodzajów ekspozycji, z których *ekspozycja na grupę* wydaje się być najskuteczniejszym rozwiązaniem w przypadku dzieci i młodzieży, które przejawiają objawy fobii społecznej w szczególności wobec sytuacji szkolnych.. Proces ekspozycji powinien przebiegać w następujący sposób (propozycję autora zmodyfikowano i dostosowano do potrzeb i możliwości dzieci i młodzieży):

1. Przyłączenie się z osobą towarzyszącą do niewielkiej grupy uczniów i pozostanie w niej od 5 do 10 minut, uczestnicząc w rozmowie tylko w niewielki sposób;
2. Samodzielne przyłączenie się do niewielkiej grupy uczniów i pozostanie w niej od 5 do 10 minut, uczestnicząc w rozmowie tylko w niewielki sposób;
3. Wraz z osobą towarzyszącą zaangażowanie się w rozmowę z jednym lub dwoma przyjaciółmi, uczniami lub nauczycielami, z którymi pacjentka czuje największą więź, przez pięć minut;
4. Wraz z osobą towarzyszącą rozmawianie z dwoma – czterema osobami od 5 do 10 minut;
5. Samodzielna rozmowa z jednym do trzema przyjaciółmi, uczniami lub nauczycielami, z którymi pacjentka czuje największą więź;
6. Wraz z osobą towarzyszącą rozmawianie z mniej znanym uczniem, nauczycielem lub kimś zupełnie obcym (np. nauczyciel lub uczeń, z którym pacjentka nie miała dotychczas żadnych zajęć);
7. Samodzielna rozmowa z mniej znanymi uczniami, nauczycielami lub kimś zupełnie obcym (np. nauczyciel lub uczeń, z którym pacjentka nie miała dotychczas żadnych zajęć);
8. Wraz z osobą towarzyszącą przyłączenie się do większej grupy społeczności szkolnej i rozmowa od 5 do 15 minut;
9. Samodzielne przyłączenie się do większej grupy społeczności szkolnej i rozmowa z nimi przez 10 do 30 minut (mogą to być np. warsztaty szkolne, Dzień Otwarty Szkoły, jakaś szkolna uroczystość itp.)
10. Samodzielne przyłączenie się do większej grupy społeczności szkolnej i wygłoszenie jakiegoś przemówienie, prezentacji itp. w temacie, który pacjentka dobrze zna.

Znane są również inne skuteczne strategie terapeutyczne, pomocne w opanowaniu fobii społecznej. Poza wspomnianą powyżej strategią ekspozycji, należą do nich:

1. relaksacja
2. ćwiczenia fizyczne
3. strategie związane z pracą nad mową wewnętrzną
4. strategie związane z pracą nad błędnymi przekonaniem
5. strategie związane z pracą nad asertywnością
6. strategie związane z pracą nad wyrażaniem emocji
7. strategie związane z pracą nad poczuciem własnej wartości
8. zmiana nawyków żywieniowych (np. ograniczenie spożycia cukru rafinowanego)

a w niektórych przypadkach:

1. techniki radzenia sobie z napadami paniki
2. przyjmowanie leków
3. strategie związane z pracą nad osobistym sensem lub duchowością.

Kendall na podstawie badań określił terapię behawioralną jako najbardziej skuteczną metodę postępowania w przypadku fobii szkolnej.

BIBLIOGRAFIA

1. Adamczyk A. (2017). *Wstyd, poczucie winy i psychopatologia — podejście transdiagnostyczne*. Bydgoszcz: **Journal of Education, Health and Sport**. **2017;7(4):420-434**.
2. Bourne E. J. (2011). *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
3. Grzegorzewska I., Cierpiąłkowska L., Borkowska A.R. (2020). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.
4. Kendall P.C. (2021). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

5. Leary, M. R., Kowalski, R. M. (1990). *Impression management: A literature review and two-component model*. w: *Psychological Bulletin*, 107, 34-47.
6. Pużyński S., Wciorka J. (red), (2007). *ICD -10. V rozdział. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.