

Małgorzata Polak

TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA FOBII SPOŁECZNEJ

COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY OF SOCIAL PHOBIA

Katedra Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Warszawskiego

Kierownik: prof. dr hab. Marina Zalewska

social phobia
cognitive-behavioural therapy

Artykuł przedstawia mechanizmy powstawania i utrzymywania się objawów fobii społecznej. Opisywane są główne założenia i cele poznawczo-behawioralnej terapii indywidualnej i grupowej, stosowanej dla pacjentów z omawianym zaburzeniem. Autorka przytacza również wyniki badań nad skutecznością prezentowanych sposobów leczenia.

Summary: Social phobia (social anxiety disorder) is an anxiety disorder associated with significant impairment, and since the past two decades has been increasingly recognised as an important social health problem. The article is a review of literature on cognitive-behavioural therapy (CBT) for social phobia and includes a description of main CBT models, methods of therapeutic interventions, and a brief analysis of data from the studies on efficacy of this kind of treatment.

Terapia poznawczo-behawioralna fobii społecznej

Fobia społeczna jest zaburzeniem lękowym obejmującym zespół fizycznych, poznawczych i behawioralnych objawów, o zróżnicowanym stopniu głębokości. W amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-IV [1]¹ fobię społeczną (zespół lęku społecznego) zdefiniowano jako wzorzec reakcji, który charakteryzuje wyraźny i utrzymujący się lęk przed sytuacjami społecznymi lub związanymi z koniecznością działania w obecności innych osób [por. 2, 3, 4]. Najczęściej lęk wywołują te sytuacje, które wiążą się z ekspozycją własnej osoby lub też stwarzają możliwość obserwacji przez innych. Przykładem może być rozmowa przez telefon w miejscu publicznym, udział w spotkaniu towarzyskim, rozmowa z osobą atrakcyjną seksualnie, wejście do pomieszczenia pełnego ludzi, spożywanie posiłku w miejscu publicznym lub przemawianie do grupy ludzi.

Sytuacje społeczne u pacjentów z fobią społeczną wywołują lęk, który jest rozpoznawany jako nadmierny i niemający wyraźnej przyczyny (nieracjonalny). Jest on zazwyczaj związany z przewidywaniem, że w obecności innych ludzi zaczną oni zachowywać się

¹ Kryteria diagnostyczne fobii społecznej w obowiązującej w Polsce międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10) są podobne do kryteriów zaproponowanych w DSM

„dziwnie”, w sposób wywołujący zażenowanie. Innym typowym przeświadczeniem pacjentów jest to, że objawy odczuwanego przez nich lęku będą na tyle widoczne, że zostaną dostrzeżone przez innych, co będzie wiązało się z kompromitacją i upokorzeniem. W związku z podobnymi przekonaniem, osoby z fobią społeczną albo unikają sytuacji skojarzonych z lękiem, albo, jeśli nie da się ich uniknąć, odczuwają bardzo wysoki poziom dystresu.

W definicji fobii społecznej w DSM podkreślony został fakt, że pacjenci zazwyczaj obawiają się tego, co w sytuacji skojarzonej z lękiem może dopiero nastąpić (a niekoniecznie tego, co jest), mogą więc ich „prześladować” wyobrażenia o tym, jak w obecności innych ludzi zachowują się w sposób kompromitujący — czerwienią się, zaczynają dygotać, wymiotują, oddają mimowolnie mocz lub zaczynają płakać. W wyobrażeniach tych inni ludzie figurują jako wysoce krytyczni, uważnie śledzący każdy ruch i każde potknięcie.

Dla celów diagnostycznych wyróżniono dwa rodzaje fobii społecznej. Pierwszy z nich to fobia specyficzna, w której lęk towarzyszy ograniczonemu zakresowi sytuacji (na przykład przemawianie publiczne, rozmawianie z osobami postrzeganymi jako autorytety), a drugi to fobia uogólniona, która może obejmować większość sytuacji związanych z interakcjami z ludźmi. Jak podają niektórzy badacze [np. 5], lęk społeczny zazwyczaj jest jednak wywoływany przez wiele różnych sytuacji. Pacjenci, którzy silnie obawiają się jednej specyficznej sytuacji, mają trudności również w innych sytuacjach społecznych. To, co różni reakcje pacjenta na podobne, ale niejednakowe sytuacje, to poziom nasilenia lęku — kliniczny poziom lęku może dotyczyć tylko ograniczonego zakresu sytuacji.

W przypadku fobii społecznej można postawić pytanie o to, czym zaburzenie to różni się od lęku społecznego, nieśmiałości czy też poczucia społecznego niedostosowania. Jak wiadomo, czasowe występowanie lęku społecznego jest zjawiskiem normalnym i — mimo że w różnym stopniu — dotyczy większości ludzi [por. 6]. Odczuwanie lęku społecznego idzie często w parze z nieśmiałością. Jak podaje Butler [5], aż 80% dorosłych w Stanach Zjednoczonych relacjonuje, że byli w znacznym stopniu nieśmiali w okresie dzieciństwa i dorastania. Około 40% z nich w wieku dorosłym dalej określa siebie jako nieśmiały. Należy jednak dodać, że nie wszystkie osoby odczuwające lęk społeczny lub osoby cierpiące na zaburzenie lęku społecznego określają się jako nieśmiale.

Rozpowszechnienie fobii społecznej wśród osób określających siebie jako nieśmiale jest znacznie wyższe (18%) niż wśród osób nie określających się w taki sposób (3%) [7]. Jednak 82% osób nieśmiałych nie spełnia kryteriów diagnostycznych fobii społecznej, natomiast 35% z nich spełnia kryteria zaburzenia osobowości unikającej (lękliwej), uznanego za kraniec kontinuum problemów z lękiem społecznym. Heiser i współpracownicy [7] podsumowując wspomniane dane zauważają, iż nieśmiałość obejmuje znacznie szerszy obszar charakterystyk niż fobia społeczna.

W definicji fobii społecznej w DSM-IV sprecyzowano, że utrzymujący się lęk społeczny musi wpływać negatywnie na życie jednostki, powodować dystres o znaczącym stopniu nasilenia oraz trwać co najmniej sześć miesięcy. Według Butler [5] rzeczywiste granice pomiędzy fobią a lękiem społecznym są jednak trudne do ustalenia. Kluczowy w przypadku lęku o charakterze zaburzenia jest jego patologiczny charakter, powodujący upośledzenie funkcjonowania, a z punktu widzenia podejścia poznawczego — obecność silnych zniekształceń poznawczych i dysfunkcjonalnych sposobów radzenia sobie. Do

głównych mechanizmów poznawczych obecnych w fobii społecznej można zaliczyć zmniejszone kierowanie uwagi na środowisko zewnętrzne, wzmożone skupienie uwagi na własnej osobie, nieadekwatną ocenę wykonywania zadań przez siebie w porównaniu z innymi ludźmi oraz zniekształcanie informacji w kierunku negatywnym. Osoby z fobią społeczną, podobnie jak w przypadku osób cierpiących na inne zaburzenia lękowe, selektywnie zwracają większą uwagę na informacje związane z lękiem (w tym przypadku na informacje związane z negatywną oceną), przeceniają możliwość wystąpienia katastrofy (porażki) i nie doceniają własnych możliwości radzenia sobie [8, 9].

W badaniach epidemiologicznych uzyskiwane są różne wskaźniki rozpowszechnienia fobii społecznej [10, por. 3, 4]. W National Comorbidity Survey (NCS), badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych w reprezentatywnej grupie osób dorosłych, wykazano, że zaburzenie to jest trzecim — po depresji i uzależnieniu od alkoholu — najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym (wskaźnik 13% dla rozpowszechnienia fobii społecznej w ciągu życia) [11]. Podobne wskaźniki uzyskano także w wielu innych międzynarodowych badaniach epidemiologicznych [np. 12, por. 3, 4, 13]. W Polsce, w przeprowadzonym niedawno badaniu reprezentatywnej grupy młodzieży [14], występowanie fobii stwierdzono u 7%, a fobii specyficznej — u 17%.

Jak podają Brunello i współpracownicy [10], fobia społeczna dosyć często współwystępuje z depresją, z pozostałymi zaburzeniami lękowymi, z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, jak również z zaburzeniami jedzenia [por. 2, 3, 4, 14]. Autorzy przypuszczają, że fobia społeczna może być wobec innych zaburzeń czynnikiem wyzwalającym. Natomiast jeżeli chodzi o czynniki etiologiczne w przypadku tego zaburzenia, to wymienia się m.in. podatność genetyczną, cechy temperamentu, negatywny styl rodzicielski (w tym nadopiekuńczość i częste zawstydzanie dziecka), nieprawidłowe relacje z rówieśnikami oraz styl zachowania polegający na bierno-lękowym wycofaniu [15, por. 4]. Znaczny procent osób cierpiących z powodu fobii społecznej może mieć za sobą doświadczenia negatywnych sytuacji społecznych w dzieciństwie, takich jak odrzucenie przez grupę rówieśników, prześladowanie w szkole, ośmieszenie na forum klasy [5].

Poznawczo-behawioralne modele fobii społecznej

Współczesne poznawcze modele fobii społecznej [16, 17, por. 18, 19, 20, 21] podkreślają rolę wzajemnego sprzężenia między koncentracją na własnej osobie a postrzeganiem sytuacji społecznej, w jakiej jednostka się znajduje. Modele te zakładają, że kiedy pacjent z problemem lęku społecznego znajduje się w sytuacji stresowej (wyzwalającej), jego uwaga zmienia się w taki sposób, iż zaczyna on postrzegać samego siebie z perspektywy innych osób (obserwatorów). Porównuje wówczas własne wyobrażenia o tym, jak inni go oceniają, z wyobrazeniami na temat tego, jakie inni mają wobec niego oczekiwania. Ponieważ pacjentom z fobią społeczną wydaje się, że ludzie mają wobec nich bardzo surowe wymagania, ryzyko, że ocenią swoje zachowanie jako porażkę, jest bardzo wysokie. Prawdopodobieństwo takiej oceny jest wzmagane przez tendencję do wybiórczego wychwytywania negatywnych informacji na własny temat. Osoby z fobią społeczną są także głęboko przekonane, że ludzie są nieodzownie krytyczni, w związku z czym wydaje im się, że negatywna ocena oraz inne negatywne konsekwencje społeczne (np. odrzucenie przez grupę, utrata pozycji) będą nieuchronnymi skutkami niespełnienia wysokich standardów.

Sytuacje społeczne są więc postrzegane przez takie osoby jako zagrożenie i skojarzone są z wysokim poziomem lęku.

Podstawowe założenia modelu poznawczego można przedstawić na przykładzie dwojga cierpiących z powodu fobii społecznej studentów, którzy obawiają się m.in. wystąpień publicznych. Pierwszy z pacjentów z góry zakładał, że grupa, przed którą będzie musiał wygłosić referat, oceni go negatywnie i odrzuci, jeżeli jego wystąpienie nie okaże się ciekawe. W trakcie prezentacji koncentrował się na wychwytywaniu negatywnych reakcji z audytorium. Zwrócił uwagę, że dwie osoby przeglądają notatki, a jedna osoba ziewa. Na podstawie tego wywnioskował, że jego referat, a tym samym on sam, jest nudny i do niczego. Założył również, że nikt nie będzie chciał z nim więcej rozmawiać, ponieważ jego widoczne zdenerwowanie skompromitowało go w oczach innych. Od tej pory zaczął więc unikać kontaktów z innymi studentami. Z kolei pacjentka, mająca podobne dysfunkcjonalne przekonania o sobie i innych, podczas wygłaszania referatu na zajęciach poczuła „pustkę w głowie” — ze zdenerwowania zapomniała, o czym ma dalej mówić. Mimo że po upływie chwili spojrzała na kartkę i dokończyła referat, kątem oka dojrzała uśmiechającego się do niej studenta. Sytuację tę zinterpretowała jako wysoce ją kompromitującą — miała poczucie, że student ten szydził z niej. Od tego momentu przestała w ogóle uczęszczać na zajęcia, czego konsekwencją było skreślenie z listy studentów.

W obu przytoczonych przykładach, z punktu widzenia podejścia poznawczego, podstawowe znaczenie ma fakt, że pacjenci w sytuacji związanej z lękiem postrzegają siebie jako obiekt społeczny wystawiony na ocenę innych. Koncentracja na sobie jest motorem napędzającym poczucie społecznego zagrożenia i pojawiające się w jego konsekwencji poznawcze, somatyczne oraz behawioralne objawy lęku. Analiza konkretnych sytuacji z życia pacjenta uwzględnia różne aspekty reakcji, ale szczególna uwaga kierowana jest na negatywne, automatyczne myśli (NAM). Jak wynika z obserwacji klinicznych, u pacjentów z fobią społeczną myśli takie są zazwyczaj związane z niepokojem, jak jest się ocenianym, z porównywaniem się z innymi, z przypisywaniem sobie odpowiedzialności za niepowodzenia, z chęcią ucieczki od danej sytuacji stresowej oraz z obawą, że różne objawy lęku będą widoczne dla innych.

Według ogólnego poznawczego modelu zaburzeń emocjonalnych [np. 22], negatywne myśli automatyczne są powiązane z głębszymi przekonaniem pacjenta dotyczącymi samego siebie, innych ludzi i świata, a sytuacje, w których pojawia się poczucie społecznego zagrożenia, aktywują je. Jak wynika z obserwacji klinicznych, pacjenci z fobią społeczną zazwyczaj są przeświadczeni, że są kimś innym, dziwnym, nudnym, głupim, nieatrakcyjnym, nie lubianym, kimś, kogo nie można zaakceptować. Z kolei częste w tej grupie opinie o innych ludziach, to przekonanie, że są oni bezwzględnie krytyczni, nieprzystępni i odrzucający.

Głębokie przekonania (schematy poznawcze) są powiązane z kolejną „warstwą” treści poznawczych — z wynikającymi z nich założeniami, jak żyć. Założenia te mają zazwyczaj charakter kompensacji w stosunku do centralnych przekonań jednostki. U pacjentów z fobią społeczną zaobserwowano, iż często zakładają oni, że jeżeli będą zachowywać się zgodnie z wyobrażonymi oczekiwaniami innych, mogą liczyć na akceptację, natomiast jeśli tylko ujawnią swoją „prawdziwą twarz”, zostaną odrzuceni. Inne typowe założenia pacjentów dotyczą tego, że jeśli ludzie będą chcieli ich poznać, to okażą to w sposób bezpośredni

(konsekwencją takiego założenia jest bierność w relacjach interpersonalnych), albo tego, że być samym jest katastrofą i zawsze oznacza bycie nieszczęśliwym.

Ogólne założenia poznawczego modelu fobii społecznej znajdują swoje potwierdzenie w prowadzonych w ostatnich latach badaniach eksperymentalnych [np. 23, 24]. Jednak nie wszystkie badania dowodzą, że to właśnie zmienne poznawcze mają kluczowe znaczenie w utrzymywaniu objawów zaburzenia, a następnie w procesie terapii. Stravynsky, Bond i Amado [6] uważają, że do utrzymywania się objawów lękowych przyczynia się przede wszystkim wzorec nieadekwatnego funkcjonowania społecznego, związany z ochroną siebie, wycofaniem, a nie aktywnym uczestnictwem. W związku z tym, z punktu widzenia behawioralnego, w analizie sytuacji społecznych skojarzonych z lękiem zasadnicze znaczenie ma rozpoznanie stosowanych przez pacjenta zachowań zapobiegawczych. Zachowania te mają na celu uniknięcie nieprzyjemnego stanu dystresu, ale w efekcie powodują utrzymywanie się objawów. Przykładem takich zachowań może być zasłanianie twarzy lub rąk, unikanie kontaktu wzrokowego, stanie w bezruchu, siadanie lub ciągle przemieszczanie się, naśladowanie innych, nieodzywanie się albo nadmierne gadulstwo, mówienie w zwolnionym tempie, ubieranie się w sposób nie rzucający się w oczy, nakładanie makijażu w celu ukrycia rumieńców, częste żucie gumy „żeby nie zaschło w gardle”, ciągle noszenie przy sobie środków przeciwłękowych. Do listy sposobów radzenia sobie z lękiem, przyczyniających się w efekcie do utrzymywania się objawów, można dodać także takie „strategie” poznawcze, jak powtarzanie w myślach tego, co chce się powiedzieć, odwracanie uwagi, brak angażowania się oraz stany dysocjacyjne.

W modelu poznawczym fobii społecznej Clarka i Wellsa [16] podkreślono cztery podstawowe mechanizmy, które w sposób szczególnie przyczyniają się do podtrzymywania dysfunkcyjnych treści poznawczych pacjentów. Pierwszy z mechanizmów obejmuje proces zwiększania koncentracji na własnej osobie i — związanego z tym — monitorowania swojego stanu, przy równoczesnym zmniejszeniu obserwacji tego, co dzieje się na zewnątrz, z innymi ludźmi. Drugi mechanizm związany jest z wyciąganiem negatywnych wniosków na temat odbioru własnej osoby przez innych na podstawie mylnych informacji płynących z wewnątrz (pojawiających się spontanicznie odczuć z ciała, zniekształconych wyobrażeń dotyczących siebie i innych). Trzeci mechanizm polega na stosowaniu różnych zachowań zapobiegających po to, by zapobiec poniesieniu wyimaginowanej porażki, co w konsekwencji przyczynia się do podtrzymywania negatywnych przekonań, nasilenia objawów oraz podejmowania przez pacjentów takich sposobów kontaktowania się z ludźmi, które rzeczywiście mogą prowadzić do niechętej reakcji z ich strony (np. pacjent przekonany, że inni i tak go odrzucą, może ignorować próby nawiązywania z nim rozmowy). Ostatni, czwarty mechanizm, to zniekształcone w kierunku negatywnym przewidywanie wydarzeń oraz późniejsze negatywne „przeżuwanie” zdarzeń już zaistniałych.

Podsumowując, współczesne poznawcze modele fobii społecznej podkreślają zarówno poznawcze, jak i behawioralne aspekty zaburzenia. W związku z teoretycznymi konceptualizacjami opracowano specyficzne metody interwencji terapeutycznych, które uwzględniają współzależność między systemem dysfunkcyjnych przekonań pacjenta a prezentowanym przez niego wzorcem zachowań opartych na unikaniu.

Poznawczo-behawioralne strategie terapeutyczne w przypadku fobii społecznej

Opracowano różne poznawczo-behawioralne programy leczenia fobii społecznej [16, 20, por. 19, 21]. W zależności od sposobu definiowania pojęcia „terapia poznawczo-behawioralna”, w przebiegu leczenia mogą być uwzględniane różne strategie terapeutyczne. Standardowo poznawczo-behawioralna terapia w przypadku tego zaburzenia obejmuje przede wszystkim kombinację przedłużonej ekspozycji na bodźce społeczne (prowadzonej podczas sesji terapeutycznych lub w ramach pracy domowej) i technik poznawczych (ukierunkowanych na zmianę zniekształconych treści poznawczych dotyczących własnej osoby, innych ludzi i sytuacji społecznych). Dodatkowo leczenie może obejmować relaksację oraz trening umiejętności społecznych (obejmujący trening asertywności i specyficzne ćwiczenia ukierunkowane na różne problemy interpersonalne).

Oksfordzki program terapii fobii społecznej zawiera serię procedur terapeutycznych odnoszących się do wyróżnionych w modelu teoretycznym głównych mechanizmów pogłębiających objawy [5, 16]. Centralna strategia terapeutyczna rozpoczyna się od przedstawienia pacjentowi, najlepiej na przykładzie bieżącej sytuacji z jego życia, podstawowych założeń modelu poznawczego dotyczących powiązań między myśleniem i emocjami. Kolejnym krokiem jest identyfikacja leżących u podłoża problemów zniekształceń w myśleniu (tzw. błędów poznawczych), negatywnych wyobrażeń i przekonań pacjenta, a także rozpoznanie tego, jak zachowuje się on w sytuacjach społecznych, których się obawia (identyfikacja „błędnych kół” pogłębiających objawy). Następnym ważnym krokiem jest sprawdzanie lękowych przewidywań przez manipulację kierowaniem uwagi i zachowaniami zapobiegawczymi, które pacjent stosował dotychczas. W tym celu szeroko stosowane jest odgrywanie ról oraz przeprowadzanie eksperymentów behawioralnych w trakcie sesji terapeutycznych lub poza nimi. Ostatni, kluczowy krok pracy terapeutycznej obejmuje ewaluację wyników eksperymentu w odniesieniu do zniekształconych wyobrażeń i przekonań pacjenta, i ma na celu ich zmianę.

Główne procedury terapeutyczne ukierunkowane są przede wszystkim na przerywanie „błędnych kół” utrwalających problemy pacjenta. Oznacza to wprowadzanie zmian w jego zachowaniu w celu redukcji lęku, przy równoległym stosowaniu technik poznawczych. Eksperymenty behawioralne, które służą takiemu przerywaniu „błędnych kół”, mogą obejmować naukę zwiększania koncentracji uwagi na otoczeniu w sytuacjach społecznych (np. obserwacja innych w trakcie spotkania towarzyskiego), podejmowanie nowych zachowań (np. podjęcie ryzyka podtrzymania dłuższej konwersacji lub ujawnienia swoich uczuć podczas rozmowy), porzucanie starych zachowań (np. zaprzestanie zakrywania twarzy, zmiana sposobu ubierania się), sprawdzanie zniekształconych wyobrażeń w sposób bezpośredni przez zadawanie ludziom pytań (np. co inni sądzą o osobie, której twarz zaczerwieni się). Z punktu widzenia podejścia poznawczego zasadnicze znaczenie ma późniejsza ocena wyników doświadczenia, pozwalająca na weryfikację starych przekonań. Dzięki przeprowadzonemu eksperymentowi pacjent ma szansę przekonać się, czy jego dotychczasowe przeświadczenia były słuszne, a następnie wyciągnąć wnioski i skorygować nierealistyczne przekonania w odniesieniu do kryterium użyteczności dla własnego zdrowia i samopoczucia.

Dalsza praca nad zmianą negatywnych treści poznawczych na różnym poziomie, zwłaszcza tym podstawowym (schematy poznawcze), to praca nad tym, co czyni pacjenta

podatnym na reakcje lękowe – jest więc ukierunkowana na zapobieganie nawrotom objawów zaburzenia. W przypadku wielu pacjentów może okazać się wskazane, by praca ta uwzględniała reinterpretację negatywnych zdarzeń z przeszłości, na przykład przez połączenie jej z pracą z wyobraźnią. Zdarzenia takie są często skrywane przez pacjentów przez długie lata jako wstydliva tajemnica, a nierzadko to właśnie ich zniekształcona interpretacja jest źródłem dysfunkcyjnych przekonań. Na przykład dla jednego z pacjentów, uważającego siebie za nieudacznika i „niemęskiego”, podstawą negatywnej samooceny było m.in. przeżycie porażki i upokorzenia na oczach kolegów w szkole podstawowej. Dopiero możliwość opowiedzenia tego zdarzenia w warunkach terapeutycznych i jego ponowna interpretacja z punktu widzenia osoby dorosłej pozwoliła mu na zmianę postrzegania siebie.

Niektórzy terapeuci poznawczo-behawioralni [np. 5] sugerują, że w przypadku pracy z pacjentami z fobią społeczną bardzo pomocne mogą okazać się ćwiczenia z zastosowaniem nagrań audio i wideo, dzięki którym możliwa jest korekta zniekształconych wyobrażeń na temat własnej osoby z perspektywy obserwatora. Głównym celem takich eksperymentów behawioralnych, podobnie zresztą jak innych, jest przede wszystkim zachęcenie pacjenta do konfrontacji ze związanymi z lękiem wyobrażeniami oraz nauka realistycznej, korzystnej z własnego punktu widzenia oceny konsekwencji podjętego ryzyka.

W ostatnich latach, w wielu krajach, sporą popularność zdobyła poznawczo-behawioralna terapia grupowa [25]. W przypadku fobii społecznej jest ona nawet uznawana obecnie za leczenie z wyboru [26, 27]. Terapia grupowa może opierać się na poznawczo-behawioralnym programie opracowanym przez Heimberga i wsp. [28] lub indywidualnym poznawczym programie leczenia opracowanym przez Clarka i współpracowników [16]. Program terapii grupowej Heimberga obejmuje edukację na temat lęku społecznego, przedstawienie poznawczo-behawioralnego modelu utrzymywania się zaburzenia i sposobów jego modyfikacji, z uwzględnieniem specyficznych potrzeb każdego pacjenta. Ponadto obejmuje on techniki poznawcze, metody samoobserwacji pozwalające na identyfikację błędów poznawczych, przeprowadzanie ekspozycji w trakcie sesji (pozwalających na odgrywanie w grupie sytuacji skojarzonych z lękiem) oraz aranżowanie ekspozycji in vivo z zastosowaniem samoobserwacji. W przebiegu terapii pacjenci konfrontują się z coraz trudniejszymi sytuacjami społecznymi, czemu towarzyszy koncentracja na poznawczej restrukturyzacji przekonań leżących u podłoża zniekształconego myślenia [por. 19]. Niektórzy autorzy sugerują [28], że w przypadku fobii społecznej terapia prowadzona w grupie może być szczególnie wskazana. Potencjalne korzyści związane z grupą to poczucie przynależności, ekspozycja społeczna, a ponadto możliwość uzyskiwania informacji zwrotnych, odgrywanie sytuacji społecznych, uzyskiwanie wsparcia od wielu osób, dowartościowanie własnej osoby, uczenie się przez modelowanie [por. 20]. Jednak, jak zauważają Scholing i Emmelkamp [29], terapia grupowa ma również swoje słabe strony. Minusem uczestnictwa w tego typu terapii może być poświęcanie mniejszej uwagi indywidualnym problemom i dysfunkcyjnym przekonaniom poszczególnych członków grupy, a także większa możliwość stosowania przez nich zachowań unikających, co nawet w znacznym stopniu może hamować proces zdrowienia.

Badania nad skutecznością psychoterapii w przypadku fobii społecznej

Skuteczność indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej fobii społecznej potwierdzają serie opublikowanych przypadków klinicznych oraz wyniki badań [21, 30, 31]. Część kontrolowanych metodologicznie badań wskazuje również na zadowalającą skuteczność poznawczo-behawioralnej terapii grupowej [27, 32]. Na przykład Heimberg i współpracownicy [33] dokonali analizy wyników badań, z której wynika, że dzięki udziałowi w terapii grupowej poprawę stanu zdrowia uzyskało około 60% pacjentów.

Taylor [34] dokonał metaanalizy badań, w których porównywano niezależnie efekty różnych aktywnych form leczenia, tj. terapii poznawczej, ekspozycji, treningu umiejętności społecznych oraz terapii poznawczo-behawioralnej. Badania miały charakter eksperymentalny i różniły się pod względem warunków kontrolnych (dwie formy placebo lub stan oczekiwania na terapię). Jak się okazało, jedynie w przypadku terapii poznawczo-behawioralnej uzyskano znaczącą statystycznie różnicę, jeżeli chodzi o poprawę stanu zdrowia pacjentów w porównaniu z grupami kontrolnymi. Według autora, wyniki przeprowadzonej metaanalizy wspierają wybór terapii poznawczo-behawioralnej jako metody leczenia fobii społecznej.

Stravynsky, Bond i Amado [6], którzy dokonali krytycznego przeglądu badań dotyczących skuteczności terapii poznawczej w porównaniu z terapią behawioralną (ekspozycja) i farmakoterapią, twierdzą, że w procesie powrotu do zdrowia, niezależnie od zastosowanego podejścia terapeutycznego, kluczową rolę odgrywa podejmowanie przez pacjentów zachowań przełamujących unikanie, a nie zmiana na poziomie poznawczym. Autorzy sugerują, że w związku z tym najważniejszym elementem leczenia w przypadku fobii społecznej może być ekspozycja. Wnioski płynące z dokonanego przez autorów przeglądu kłócą się jednak z rezultatami przeprowadzonych niedawno kontrolowanych metodologicznie badań [24], w których porównywano wyniki uzyskane przez pacjentów poddanych terapii poznawczo-behawioralnej z wynikami uzyskanymi przez pacjentów poddanych wyłącznie terapii behawioralnej. Jak się okazało, mimo iż w obu rodzajach terapii uzyskano znaczącą poprawę w zakresie objawów lęku społecznego, jedynie w przypadku terapii poznawczo-behawioralnej poprawa ta utrzymywała się po sześciu miesiącach od jej zakończenia. Wyniki te mogą świadczyć o tym, że interwencje terapeutyczne o charakterze poznawczym w większym stopniu sprzyjają utrzymywaniu się poprawy stanu zdrowia uzyskanej dzięki leczeniu [por. 25].

Jak podaje wielu specjalistów [10, por. 19, 21, 35, 36], optymalnym sposobem leczenia fobii społecznej jest obecnie równoległe stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej z leczeniem farmakologicznym. Za leki z wyboru w przypadku tego zaburzenia uważa się selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), inhibitory monoaminooksydazy (MAO) oraz pochodne benzodiazepiny. Leczenie farmakologiczne uważane jest za równie skuteczne, jak terapia poznawczo-behawioralna, jednak w przypadku zapobiegania nawrotom objawów zaburzenia zdecydowanie bardziej efektywne okazują się interwencje psychoterapeutyczne [33, 35, por. 19]. Warto również mieć na uwadze wyniki przeprowadzonego niedawno przez Clarka i współpracowników [30] badania, które dowodzi, że indywidualna terapia poznawczo-behawioralna jest znacznie bardziej skuteczna niż farmakoterapia (SSRI) stosowana równoległe tylko z terapią behawioralną (ekspozycja).

Dotychczas przeprowadzono niewiele badań, w których równocześnie porównywano

by terapię poznawczo-behawioralną indywidualną z grupową. W jednym z nich [20] program terapii grupowej, opracowany przez Heimberga, był oceniany w odniesieniu do terapii indywidualnej. Badania nie wykazały różnic w zakresie skuteczności leczenia, za to terapia grupowa okazała się bardziej ekonomiczna. W innych badaniach [25] porównywano skuteczność poznawczej terapii indywidualnej, opracowanej przez Clarka i współpracowników [16], z jej grupową formą, w odniesieniu do stanu zdrowia osób oczekujących na terapię. Okazało się, że zarówno dzięki terapii indywidualnej, jak i grupowej uzyskano u pacjentów znaczną poprawę w zakresie objawów, jednak w wielu wymiarach zdrowia psychicznego terapia indywidualna okazała się bardziej efektywna. Autorzy uważają, że ten rodzaj terapii indywidualnej jest formą specyficzną i przeniesienie jej na grunt terapii grupowej może powodować obniżenie skuteczności.

Podsumowanie

Poznawczo-behawioralne modele i programy terapeutyczne rozwijają się dzięki prowadzonym badaniom empirycznym, których celem jest weryfikacja ich trafności. W przypadku fobii społecznej coraz większa liczba badań wykazuje znaczącą skuteczność opracowanych w tym podejściu interwencji terapeutycznych we wprowadzaniu modyfikacji w zakresie poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych aspektów zaburzenia.

Terapia poznawczo-behawioralna fobii społecznej jest uważana za równie skuteczną, jak leczenie farmakologiczne, ale jej efekty utrzymują się znacznie dłużej. W związku z tym obecnie rekomendowanym sposobem leczenia tego zaburzenia wydaje się równoległe stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej i farmakoterapii. Problem ten wymaga jednak dalszej weryfikacji empirycznej, w tym oceny efektów terapii poznawczo-behawioralnej w porównaniu z innymi rodzajami psychoterapii (np. z terapią psychodynamiczną). Niewątpliwie zaletą terapii prowadzonej w nurcie poznawczo-behawioralnym jest jej krótki czas trwania (przekładający się na stosunkowo niskie koszty), jak również stosunkowo zadowalająca skuteczność wykazywana przez badania spełniające obecnie bardzo wysokie standardy metodologiczne.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: APA; 1994.
2. Bomba J. Fobia społeczna. Farmakoter. Psychiatr. Neurol. 2000; 4: 321–331.
3. Rabe-Jabłońska J. Fobia społeczna. Rozpowszechnienie, kryteria rozpoznawania, podtypy, przebieg, współchorobowość, leczenie. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2002; 2: 161–166.
4. Rybakowski J. Fobia społeczna – nowa jednostka diagnostyczna. Lęk Depr. 1996; 1: 38–44.
5. Butler G. Overcoming social anxiety and shyness. New York: University Press; 2001.
6. Stravynsky A, Bond S, Amado D. A cognitive causes of social phobia: a critical appraisal. Clin. Psychol. Rev. 2004; 24: 421–440.
7. Heiser NA, Turner SM, Beidel DC. Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. Behav. Res. Ther. 2003; 41: 209–221.
8. Beck, AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books; 1985.
9. Heinrichs N, Hofmann SG. Information processing in social phobia: a critical review. Clin. Psychol. Rev.

- 2001; 21: 751–770.
10. Brunello N, den Boer JA, Judd LL, Kasper S, Kelsey JE, Lader M, Lecrubier Y, Lepine JP, Lydiard RB, Mendlewicz J, Montgomery SA, Racagni G, Stein MB, Wittchen HU. Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *J. Affect. Disord.* 2000; 60: 61–74.
 11. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 51: 8–19.
 12. Schneier FR, Johnson J, Horing CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch. Gen. Psychiatry* 1992; 49: 282–288.
 13. Lydiard RB. Social anxiety disorder: comorbidity and its implications. *J. Clin. Psychiatry* 2001; 62 (supl. 1): 17–24.
 14. Rabe-Jabłońska J, Dietrich-Muszalska A, Gmitrowicz A. Występowanie lęku społecznego wśród reprezentatywnej grupy młodzieży z Łodzi. *Psychiatr. Pol.* 2003; 37: 87–95.
 15. Neal JA, Edelman RJ. The etiology of social phobia: toward a developmental profile. *Clin. Psychol. Rev.* 2003; 23: 761–786.
 16. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. W: Heimberg RG, Liebowitz M, Hope D, Schneier F, red. *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press; 1995, s. 69–93.
 17. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioural model of anxiety in social phobia. *Behav. Res. Ther.* 1997; 35: 741–756.
 18. Clark DM. A cognitive perspective on social phobia. W: Crozier R, Alden L, red. *The international handbook of social anxiety*. London: Wiley; 2001, s. 405–430.
 19. Eng W, Roth DA, Heimberg RG. Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *J. Cogn. Psychother.* 2001; 15: 311–319.
 20. Heimberg RG, Juster H. Cognitive-behavioral treatments: literature review. W: Heimberg RG, Liebowitz M, Hope D, Schneier F, red. *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press; 1995, s. 261–309.
 21. Lydiard RB, Falsetti SA. Treatment options for social phobia. *Psychiatr. Ann.* 1995; 25: 570–576.
 22. Padesky Ch., Greenberger D. *Umysł ponad nastrojem*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
 23. Hirsch C, Clark DM, Mathews A, Williams R. Self-images play a causal role in social phobia. *Behav. Res. Ther.* 2003; 41: 909–921.
 24. Hofmann SG. Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004; 72: 393–399. ta praca nie jest cytowana w tekście
 25. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behav. Res. Ther.* 2003; 41: 991–1007.
 26. DeRubeis RJ, Crits-Christoph P. Empirically supported individual and group psychological treatment for adult mental disorders. *J. Clin. Psychol.* 1998; 66: 37–52.
 27. Heimberg R. Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *J. Clin. Psychiatry* 2001; 62(supl 1): 36–42.
 28. Heimberg RG, Juster HR, Hope DA, Mattia JI. Cognitive-behavioral group treatment: description, case presentation, and empirical support. W: Stein MB, red. *Research perspectives*. Washington: American Psychiatric Press; 1995, s. 293–321.
 29. Scholing A, Emmelkamp PM. Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behav. Res. Ther.* 1993; 31: 667–681.
 30. Clark DM, Ehlers A, McManus F, Hackmann A, Fennell MJV, Campbell H, Flower T, Davenport C, Louis B. Cognitive therapy versus fluoxetine plus self-exposure in the treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized placebo controlled trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2003; 71: 1058–1067.
 31. Wells A, Papageorgiou C. Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behav. Res. Ther.* 2001; 39: 713–720.
 32. Heimberg RG, Salzman DG, Holt CS, Blendell KA. Cognitive-behavioral group treatment for social phobia:

effectiveness at five-year follow-up. *Cogn. Ther. Res.* 1993; 17: 325–339.

33. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, Holt CS, Welkowitz LA, Juster HR, Campeas R, Bruch MA, Cloitre M, Fallon B, Klein DF. Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: 12 week outcome. *Arch. Gen. Psychiatry* 1998; 55: 1133–1141.
34. Taylor S. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatr.* 1996; 27: 1–9.
35. Fedoroff IC, Taylor S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2001; 21: 311–324.
36. Rybakowski J. Spektrum klinicznego działania sertraliny w zespołach depresyjnych i lękowych. *Lęk Depr.* 1999; 4: 40–48.

Adres: Wydział Psychologii UW
ul. Stawki 5/7
00-183 Warszawa
e-mail: mpolak@engram.psych.uw.edu.pl

