

## **I. LIPIŃSKA**

Polska, Siedlcach, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach  
Opiekun – dr. A. Antas-Jaszczuk

### **STUDIUM INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU OSOBY Z FOBIA SPOŁECZNĄ**

Definicyjną własnością lęku społecznego jest – w przeciwieństwie do innych lęków – perspektywa bycia ocenionym przez innych w prawdziwej lub wyobrażonej sytuacji społecznej. Właściwie lęk społeczny z powodzeniem mógłby nosić miano „lęku przed oceną” [2, s.17]. Pomimo oczywistego podobieństwa pomiędzy lękiem społecznym a fobią społeczną, kwestia, czy fobia społeczna jest wyłącznie skrajną odmianą lęku społecznego, nadal pozostaje otwarta. Większość dowodów przemawia jednak za tym, że fobia społeczna jest skrajnym przejawem „normalnego” lęku społecznego i że różnica między nimi sprowadza się do stopnia nasilenia [2, s.97]. Według Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ludzie są owładnięci fobią społeczną, jeśli przejawiają: uporczywy lęk przed jedną lub więcej sytuacją społeczną, w której poddani są obserwacji lub ocenie innych. Jednostka obawia się, że zachowa się w sposób (albo okaże takie symptomy lęku społecznego), który przyniesie jej upokorzenie lub wstyd [1, s.411].

Badania zjawiska lęku społecznego prowadzone są od niedawna. Jednym z pierwszych uczonych, którzy zajmowali się takimi zjawiskami jak nieśmiałość, zakłopotanie, rumienienie się, był Darwin. Systematyczne badania nad lękiem społecznym zostały zapoczątkowane przez wprowadzenie miar lęku społecznego: Skala Strachu i Unikania Sytuacji Społecznych (Watson, Friend 1969) oraz Personal Report of Communication Apprehension (McCroskey 1970). W latach siedemdziesiątych Zimbardo i jego uczniowie podjęli badania nad nieśmiałością z perspektywy psychospołecznej, poszukując zarówno osobowościowych jak i sytuacyjnych wyznaczników lęku społecznego i zahamowań. Nieco później Schlenker i Leary zaproponowali spójny przegląd literatury dotyczącej lęku społecznego, oparty także na teorii społeczno-psychologicznej [2, s.22-23]. Psychologiczne metody leczenia lęku społecznego, cieszące się największym zainteresowaniem wśród

naukowców można podzielić na cztery kategorie: 1. terapie poznawcze; 2. trening umiejętności społecznych; 3. techniki relaksacyjne; 4. ćwiczenia interakcji [2, s. 161].

#### *Zarys metodologii badań*

Niniejsza praca powstała na podstawie studium indywidualnego przypadku osoby z fobią społeczną. Celem moich badań było poznanie czynników, które mogły mieć wpływ na powstanie i rozwój fobii społecznej, oraz określenie skuteczności oddziaływań psychoterapeutycznych na badaną osobę. Studium indywidualnego przypadku jest sposobem badań, polegającym na analizie jednostkowych losów ludzkich, uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze, lub na analizie konkretnych zjawisk natury wychowawczej poprzez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych [3, s. 48-49]. Na użytek niniejszej pracy najbardziej użyteczne w przypadku tej metody okazały się takie techniki jak: obserwacja, analiza dokumentów oraz wywiad pogłębiony.

#### *Studium indywidualnego przypadku kobiety z fobią społeczną*

Badana (Monika P. 26 lat) wychowywała się w rodzinie pełnej (rodzice i dwójka rodzeństwa). Status materialny rodziny przeciętny (zapewnione łóżko, łazienka, podstawowe przedmioty codziennego użytku). Ojciec: 50 lat, szef produkcji w firmie Mostostal. Matka: 48 lat, nauczyciel klas 1-3 oraz muzyki w klasach starszych. U matki zdiagnozowano depresję i zaburzenia nerwicowe. Ciąża przebiegała bez większych nieprawidłowości. Poród 2 tygodnie po terminie, bardzo stresogenny. Dziecku przyznano 10 punktów w skali Apgar. W okresie noworodkowym jak i ponimowlęcym nie zauważono żadnych większych nieprawidłowości. Należy zwrócić uwagę na to, że dziecko nie raczkowało (co można połączyć z bardzo późno, bo w okresie liceum, stwierdzoną dysgrafią). Od trzeciego tygodnia życia dziecka, przez pół roku ojciec nieobecny w domu (praca za granicą). W domu pojawiło się drugie dziecko-dziewczynka, gdy Monika miała 2 lata. Od początku Monika przejawiała silną zazdrość w stosunku do młodszego dziecka. W okresie przedszkolnym coraz silniejsza zazdrość o siostrę, agresywne zachowania. Dziecko silnie związane z matką. Dziecko wycofane, niechętnie do „wystąpień” przed rodziną, skłonne do płaczu, gniewu. W okresie wczesnoszkolnym na płaszczyźnie rodzinnej dziecko nadal wycofane, nieśmiałe, konflikt z siostrą, bliskie relacje z bratem, strach przed despotycznym ojcem, w efekcie coraz chłodniejsza z nim relacja, bliski kontakt z matką. Na płaszczyźnie rówieśniczej dziecko przejawiało silną skłonność do rywalizacji oraz agresji (głównie słownej). W okresie dojrzewania dziecko coraz mniej aktywne fizycznie, niechęć do zajęć wf z powodu wstydu przed przejawianą niezdarnością ruchową. Na płaszczyźnie rodzinnej rosnący konflikt z siostrą, ojcem, pierwsze kłótnie z matką i bratem. Coraz większe wycofanie dziecka na płaszczyźnie rówieśniczej, zakończone długą absencją szkolną, z powodu niechęci do kolegów z klasy. Dziecko wyśmiewane, przezywane ze względu na trądzik i bardzo drobną, „niekobieca” sylwetkę. Silny strach przed przejawiającą agresję słowną nauczycielką historii. Wyniki w nauce dobre. Poranne, wynikające z lęku przed szkołą, bóle brzucha i wymioty. By uniknąć szkoły, dziecko wymusza u siebie kaszel, czym podrażnia gardło na tyle, że zostaje hospitalizowane z podejrzeniem zapalenia płuc, co skutkuje kilkutygodniowym pobytem w szpitalu. W liceum dziecko bardzo mocno izoluje się od rówieśników. Unika szkoły, symuluje choroby. Nadal występują silne poranne bóle brzucha oraz często wymioty.

Dziecko poza szkołą praktycznie nie spotyka się ze znajomymi, unika wszelkich kontaktów społecznych, reaguje na nie silnym lękiem. Płaszczyzna rodzinna bez zmian. Znaczne pogorszenie wyników w nauce wynikającej z wysokiej absencji szkolnej i rosnącej niechęci do nauki. Zwolnienie z zajęć wf. Stwierdzony niedorozwój mięśni w rękach oraz dysgrafia. W wieku lat 16 Monika badana była za pomocą skali nieprzystosowania społecznego autorstwa

L. Pytki. Wysokie wyniki uzyskane przez dziecko w większości podskal, zdecydowanie świadczą o wadliwym przystosowaniu społecznym. Dziecko silnie lękowe, wyizolowane społecznie. Należy zwrócić szczególną uwagę na bardzo wysokie wyniki uzyskane w skalach II (Nieprzystosowanie Koleżeńskie) oraz V (Kumulacja Niekorzystnych Czynn timerów Biopsychicznych). Monika była dwukrotnie hospitalizowana, ostatni raz w 2013 roku. Rozpoznanie: F 40.1 Fobia Społeczna. Poddano ją terapii w nurcie poznawczo-behawioralnym. Zgłosiła się do Centrum Psychoterapii w celu zapanowania nad objawami lęku społecznego, takimi jak lęk przed wystąpieniami publicznymi, lęk przed wychodzeniem w miejsca publiczne oraz przed swobodnym wypowiedaniem się na forum grupy. Towarzyszyły jej takie objawy somatyczne jak: czerwienie się, przyśpieszone bicie serca, pocenie dłoni, przyśpieszony oddech. Monika zakończyła proces terapeutyczny uzyskując większy wgląd we własne myśli i emocje oraz zaczęła częściej wchodzić w sytuacje lękowe jednocześnie zmniejszając przejawianie fizjologicznych symptomów lęku społecznego.

#### *Podsumowanie i wnioski*

Podsumowując, problemy na płaszczyźnie środowiska rodzinnego, szkolnego jak i rówieśniczego z pewnością miały istotny wpływ na rozwój fobii społecznej u badanej. Na do datek, badana jest obciążona genetycznie (nerwica, depresja ze strony matki). Monika już we wczesnym dzieciństwie przejawiała objawy lęku społecznego, które niestety nie zostały zauważone. Prawdopodobnie, gdyby w tym czasie poddano dziecko diagnozie psychologicznej i podjęto wobec niego działania prewencyjne, w późniejszych latach lęk społeczny nie rozwinąłby się w tak wysokim stopniu. Wczesna interwencja terapeutyczna mająca na celu objęcie dziecka opieką na wczesnym etapie rozwoju jest bardzo ważna, lecz jeśli chodzi o nasz kraj, nie ma ona zbyt długiej tradycji. Wysiłki podjęte przez terapeutów, mimo dość późnej interwencji, znacząco zmniejszyły jednak symptomy lęku społecznego znacznie poprawiając komfort życia Moniki. Terapia w nurcie poznawczo - behawioralnym odniosła zamierzony skutek, jednak nie można stwierdzić, że badana została całkowicie wyleczona, zaburzenie będzie jej prawdopodobnie towarzyszyć do końca życia. Istotny jest jednak znaczny spadek poziomu lęku, który nie jest już paraliżujący.

#### **Bibliografia**

1. American Psychiatric Association, 1994.
2. Leary M, Kowalski R. M, *Lęk społeczny*, GWP Gdańsk 2001.
3. Pilch T, *Zasady badań pedagogicznych*, Żak Warszawa 1998.