

Gdy strach ma wielkie oczy...

Fobie specyficzne

„Człowiekiem, który się boi, zaczynają rządzić rzeczy”

Przysłowie berberyjskie

CZYM JEST FOBIA PROSTA (SPECYFICZNA)?

Nazwa „fobia” pochodzi z mitycznego świata, a mianowicie od Fobosa („Strachu”), który był synem bogini piękności Afrodyty i boga wojny Aresa. Ciekawe, iż Fobos powstał z połączenia piękna, czego symbolem jest jego matka oraz okrucieństwa, zniszczenia, którego ucieleśnieniem był jego ojciec (Panini, 1997).

Ogólnie, fobią specyficzną (inaczej prostą, swoistą) nazywamy zaburzenie objawiające się trwałym, nieuzasadnionym, nieproporcjonalnym lękiem, który pojawia się podczas kontaktu z konkretnym przedmiotem, osobą, zjawiskiem, zwierzęciem. Osoba zdaje sobie sprawę, co wywołuje w niej tak silne przerażenie. Ponadto wie, że lęk ma charakter nadmierny i nieuzasadniony, lecz mimo to unika przedmiotu fobii. Kiedy nie może uniknąć spotkania z obiektem wywołującym lęk, przeżywa go na maksymalnym poziomie, co jest źródłem prawdziwego cierpienia. (Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV-TR). Towarzyszą temu silne objawy fizjologiczne. Do najczęstszych zaliczamy: kołatanie serca, pocenie się, przyspieszony, płytki oddech, omdlenia (Juan, 2007). Symptomy te pojawiają się każdorazowo w przypadku kontaktu chorego z czynnikiem wywołującym fobię.

Specyficzne fobie poważnie zaburzające życie występują mniej więcej u 0,2% ludności, a leczy się co czwarta osoba z fobiami (Leder, Siwiak-Kobayashi, 2006). Warto także wspomnieć, iż współczynnik występowania u mężczyzn i kobiet równy jest 1:2 (Kaplan, Sadock, Sadock, 2004).

Jeżeli bliska Tobie osoba:

- Przeżywa wyraźny dyskomfort, lęk, cierpienie w kontakcie z określonym bodźcem (np. krzyczy, płacze, zakrywa oczy, odwraca wzrok, ucieka, oddycha szybko, poci się, mdleje)

- Lęk ten pojawia się podczas każdego spotkania z tymże obiektem, nawet jeśli nie powoduje to żadnego, realnego zagrożenia
- Jest to powodem trudności w codziennym funkcjonowaniu (unika określonych miejsc, sytuacji, w których może być narażona na spotkanie z bodźcem)

Możliwe, iż cierpi z powodu fobii prostej!

Jakie fobie możemy wyróżnić?

Należy podkreślić, iż lista rozpoznanych fobii cały czas się rozrasta. Aktualnie obejmuje ponad 600 pozycji. Większość ludzi odczuwa lęk w zderzeniu z jakimiś bodźcami, w rzeczywistości tylko 10% osób cierpi na fobię (za: Juan,2007).

Jeżeli to jest pożądane, specyficzne fobie można podzielić następująco:

- Typu zwierząt (np. Owady, psy)
- Typu sił przyrody (np. burze, woda)
- Typu krwi, zastrzyków, urazów,
- Typu sytuacyjnego (np. windy, tunele)
- Innego typu

Przykłady:

Fobie dotyczące zwierząt i owadów (zoofobie) (5 – 15% wszystkich fobii, początek następuje w dzieciństwie)

- agrizoofobia - lęk przed dzikimi zwierzętami
- ailurofobia (felinofobia) - lęk przed kotami
- arachnofobia - lęk przed pająkami
- awizofobia - lęk przed ptakami
- entomofobia - lęk przed owadami
- equinofobia - lęk przed końmi
- kynofobia - lęk przed psami
- ofidofobia - lęk przed wężami
- rodentoofobia - lęk przed gryzoniami

Fobie dotyczące elementów otoczenia naturalnego (20% wszystkich fobii)

- aerofobia - lęk przed powietrzem (wiatr, przeciąg, podróż kolejką napowietrzną)
- antofobia - lęk przed kwiatami
- arsonfobia - lęk przed ogniem

- blanchofobia - lęk przed śniegiem
- brontofobia - lęk przed burzą
- mykofobia - wstręt do grzybów

Fobie dotyczące urazów i chorób (15 – 25% wszystkich fobii, początek w wieku średnim)

- algofobia - lęk przed bólem
- amathofobia - lęk przed kurzem
- arachibutyrofobia - lęk przed zarazkami
- bakteriofobia - lęk przed bakteriami
- dysmorfofobia (DMF) - lęk przed deformacją, zaburzenie spostrzegania własnego ciała, objaw w anoreksji i treść urojeń hipochondrycznych w schizofrenii
- erytrofobia (hemofobia) - lęk przed widokiem krwi (występuje bradykardia i omdlenia)
- kancerofobia - lęk przed zachorowaniem na raka
- maniafobia (agateofobia, dementofobia) - lęk przed chorobą psychiczną, szaleństwem
- mizofobia - lęk przed brudem
- nozofobia - lęk przed zachorowaniem
- rytifobia - lęk przed zmarszczkami
- tanatofobia - lęk przed śmiercią
- tokofobia - lęk przed ciążą i porodem
- traumatofobia - lęk przed zranieniem
- wenerofobia - lęk przed chorobami wenerycznymi
- syfilidofobia - lęk przed zachorowaniem na syfilis

Fobie sytuacyjne

- achluofobia (nyktofobia) - lęk przed ciemnością
- amaksofobia - lęk przed prowadzeniem samochodu
- akrofobia - lęk wysokości
- dromofobia - lęk przed podróżowaniem
- awiofobia - lęk przed lataniem samolotem
- gefynofobia - lęk przed przekraczaniem mostów
- glassofobia - lęk przed wystąpieniami publicznymi
- klaustrofobia - lęk przed zamkniętymi pomieszczeniami
- kleptofobia - lęk przed kradzieżą

- odontofobia - lęk przed stomatologiem
- stasibasifobia - lęk przed staniem i chodzeniem (częste zaburzenie u osób w wieku podeszłym); basifobia - lęk przed chodzeniem
- stasifobia – lęk przed staniem

Fobie dotyczące ludzi:

- antropofobia - lęk przed ludźmi
- seksofobia - lęk przed płcią przeciwną
- androfobia - lęk przed mężczyznami
- gynofobia - lęk przed kobietami
- kaligynofobia - lęk przed pięknymi kobietami
- homofobia - zetknięciem z osobami o orientacji homoseksualnej, byciem homoseksualistą
- ksenofobia - lęk przed obcymi ludźmi
- nekropofobia - lęk przed umarłymi
- ochlofobia - lęk przed tłokiem
- inneaichmofobia - lęk przed ostrymi przedmiotami
- pekkatofobia - lęk przed popełnieniem grzechu

Inne:

- aichmofobia - lęk przed ostrymi przedmiotami
- aulofobia - lęk przed instrumentami muzycznymi, które kojarzą się z członkiem
- chrystofobia - potoczne określenie niechęci do chrześcijaństwa
- enetofobia - lęk przed pinezkami
- Heksakosjoiheksontaheksafobia - lęk przed liczbą 666
- hytewafobia - lęk przed zapachami
- ochlofobia - lęk przed tłokiem
- pantofobia - lęk przed wszystkim
- pediofobia - lęk przed lalkami
- pekkatofobia - lęk przed popełnieniem grzechu
- teofobia - lęk przed Bogiem
- triskaidekafobia - lęk przed liczbą 13 (liczbami feralnymi)
- Istnieją również fobie przed różnymi konkretnymi ludźmi np. Marilynmanfobia- lęk przed Marilynem Mansonem czy też Igofobia- lęk przed pokemonem.

Do najczęściej występujących wśród dorosłych, należą fobie:

- agorafobia (lęk przed miejscami publicznymi i otwartą przestrzenią)
- klaustrofobia (lęk przed ciasnymi pomieszczeniami)
- akrofobia (lęk wysokości)
- achluofobia/nyktofobia (lęk przed ciemnością)
- brontofobia (lęk przed burzą, błyskawicami)
- arachnofobia (lęk przed pajakami)
- ofidiofobia (lęk przed węzami)
- muzofobia (lęk przed szczurami, myszami)
- awiofobia (lęk przed lataniem)
- odontofobia (lęk przed lataniem)

Fobie na jakie cierpią ludzie wciąż zmieniają swoje oblicze. Niektóre fobie mają swój czas świetności, później zaś stają się śmieszne. Przeważnie proces ten związany jest z rozwojem nauki. Tak było w przypadku tafefobii. Możliwość bycia pogrzebanym żywcem jeszcze w XIX wieku była dość realna. Wtedy właśnie było najwięcej tafefobów. Dzięki temu lękowi wielu wynalazców wymyślało tak zwane bezpieczne trumny, wyposażone w mechanizmy umożliwiające wydostanie się z zamknięcia, lub przynajmniej zaalarmowanie otoczenia.

Obecnie wielu ludzi ma objawy awiofobii, na którą nie cierpiał prawie nikt za czasów naszych pradziadków. Podobnie jest z lękiem przed zakażeniem wirusem HIV (<http://portalwiedzy.onet.pl/4868,25297,1560430,1,czasopisma.html>).

Rozpatrując genezę fobii trzeba pamiętać, iż w rozwoju człowieka lęki przed specyficznymi obiektami są czymś naturalnym (Szpecht–Tomann, 2009). Już w 8 miesiącu życia dziecka pojawiają się lęki: przed rozłąką (lęk separacyjny), hałasami, upadkiem, nieznanymi osobami i obiektami. Następnie w rozwoju pojawia się lęk przed zwierzętami (3 rok życia), lęk przed ciemnością (4-5 rok życia), obawa przed potworami z wyobraźni (6 rok życia). Między 5-7 rokiem życia- lęk w stosunku do realnych przedmiotów i sytuacji: np. przed psem sąsiada, pajakiem na ścianie. Występuje także lęk przed urazem, a w 7 roku życia często pojawia się zamartwianie dotyczące katastrof - takich jak powódź, wojna, trzęsienie ziemi. Gdy dziecko zaczyna uczęszczać do szkoły (7-6 rok życia) następuje kulminacyjny moment odczuwania lęku przed oceną i złymi stopniami. Znajomość tych naturalnych etapów rozwojowych może okazać się niezwykle ważna w ocenie problemów

dzieci. Potwierdza to badanie Meltzera (2008), które miało miejsce w Wielkiej Brytanii i dotyczyło 10 496 dzieci w wieku 5 do 16 lat. Okazało się, iż 32,1% rodziców odnotowało specyficzny lęk u swoich dzieci z czego tylko 0,8% miało postać fobii (zgodnie z kryteriami diagnostycznymi).

Podstawowym modelem wyjaśniającym powstawanie fobii w podejściu poznawczo-behawioralnym jest *Dwuetakowa teoria wg Orvala i Mowerera*. Zakłada ona, iż lęk wobec specyficznych obiektów kształtuje się w dwóch etapach. Na pierwszym z nich początkowo neutralny bodziec zostaje skojarzony z awersyjnym wydarzeniem (bodźcem). Dzieje się to na zasadzie warunkowania klasycznego. Następnie pojawia się uczucie ulgi, które jest odczuwane po uniknięciu bodźca wywołującego lęk – powoduje to wzmocnienie reakcji unikania tego obiektu w przyszłości (warunkowanie instrumentalne). Unikanie powoduje, iż jednostka odbiera sobie możliwość na przetworzenie informacji o tym bodźcu i przekonanie się, iż zagrożenie nie występowało wcale, lub było niewielkie. Mamy więc tu do czynienia z błędnym kołem (Popiel, Pragłowska, 2008 za: Orval, Mowerer, 1960).

Według niektórych teorii lęk posiada trzy komponenty (za: Mattis, Ollendick 2004):

1. Fizyczny („co odczuwam”)
2. Poznawczy („o czy myślę”)
3. Behawioralny („co robię”)

Warto także wspomnieć o typowo poznawczych teoriach, według których istnieją schematy pełniące funkcje detektorów niebezpieczeństwa (danger schemas), które koncentrują uwagę na bodźcach postrzeganych jako „zagrożenie”. Oczywiście wykrywanie niebezpieczeństwa jest kluczowe dla przetrwania każdej żywej istoty. Jednak w przypadku osób cierpiących na zaburzenie lękowe, lęk występuje z nasileniem, które negatywnie wpływa na funkcjonowanie jednostki i powoduje cierpienie. Miarą intensywności lęku może być dysproporcja pomiędzy spostrzeganym niebezpieczeństwem (zachodzi tu pierwotna ocena poznawcza), a postrzeganymi możliwościami poradzenia sobie przez jednostkę w konfrontacji z tą sytuacją - wtórna ocena poznawcza (Popiel, Pragłowska, 2008 za: Beck, Emery, 1985; Clark, Steer, 1996).

Ciekawym potwierdzeniem powyższych założeń okazał się eksperyment P. J. de Jonga, H. Merckelbacha, A. Arntz i H. Nijmana (1992). W badaniu wzięło udział 20 poddanych terapii osób oraz 18, które nie podjęły terapii. Wszyscy uczestnicy eksperymentu cierpieli na arachnofobię. Procedura badania polegała na ekspozowaniu osobom badanym serii 72 slajdów, o różnych kategoriach: związane z fobią (pająki), alternatywne obiekty

wywołujące strach (broń) oraz neutralne slajdy (kwiaty). Ekspozowane ilustracje zostały losowo pokazywane wraz z innymi bodźcami: mógł to być szok elektryczny, głośny dźwięk, lub brak drugiego bodźca. Okazało się, iż osoby, które nie przeszły leczenia przeceniały kowariancję pomiędzy obrazkami z pająkiem a szokiem elektrycznym. Ludzie, którzy mieli za sobą terapię, polegającą na ekspozycji bodźca awersyjnego *In vivo* (w rzeczywistości) oraz modelowaniu pożądanych zachowań podczas jednej sesji terapeutycznej, nie wykazali takich tendencji. Co więcej, osoby nie podlegające terapii były znacznie bardziej pewne swych błędnych oszacowań. Badanie potwierdziło hipotezę, iż osoby cierpiące na fobię specyficzną przeceniają ilość negatywnych doświadczeń pojawiającą się wraz z bodźcem awersyjnym. Eksperyment wskazuje także na zasadność podjęcia terapii przez osoby cierpiące na specyficzne fobie.

Jeżeli chodzi o struktury mózgowe, które odgrywają szczególne znaczenie w tym zaburzeniu, to możemy zaliczyć do nich przede wszystkim: jądro migdałowe („centralny mózgowy przełącznik reakcji emocjonalnych”, również strachu), hipokamp (który jest swoistym bankiem doświadczeń, także tych przykrych) oraz jądro wtrącone prążka końcowego (wraz z podwzgórzem odpowiada za reakcję walki lub ucieczki).

Ludzie cierpiący na fobię często próbują bronić się przed lękiem na różne sposoby – przeważnie unikają tego, co wzbudza w nich nieprzyjemne uczucia. Niestety prowadzi to do znacznego ograniczenia możliwości życiowych. Tymczasem w dzisiejszych czasach można skorzystać z szerokiego wachlarza terapii, które skutecznie mogą wspierać osobę w walce z tym zaburzeniem. Warto wspomnieć, iż w przypadku fobii nie zaleca się stosowania leków (McCabe, Antony, 2002). Minusem terapii farmakologicznej jest fakt, iż osoby cierpiące na fobię musiałyby przyjmować leki do końca życia. Dr Samuel Cohen z London Hospital medical College ostrzega, iż niektóre leki mogą wywoływać fobię. Należą do nich benzodiazepiny (klasa leków o działaniu przeciwlękowym), które mogą spowodować rozwój fobii w starszym wieku (Juan, 2007).

Jeżeli chodzi o najskuteczniejsze techniki leczenia, to z pewnością możemy do nich zaliczyć te z nurtu poznawczo-behawioralnego, które związane są z ekspozycją bodźca lękowego (McCabe, Antony, 2002 za: Antony, Barlow, 1998; Antony, Swinson, 2000a). Należą do nich m.in.: technika stopniowej ekspozycji (*gradual exposure therapy*), terapia implozywna (*implosive therapy*), systematyczna desensytyzacja oraz modelowanie (O’Donohue, Fisher, Hayes, 2003). Mówiąc o samej restrukturyzacji poznawczej, niektóre badania wskazują, iż może ona być skuteczna w pewnych przypadkach fobii (McCabe, Antony, 2002 za: Booth, Rachman, 1992). Techniki związane z ekspozycją bodźca są

efektywne w leczeniu większości typów fobii specyficznych (McCabe, Antony, 2002 za: Bourque, Ladouceur, 1980; Craske, Mohlman, Yi, Glover, Valeri, 1995; Öst, 1996).

Techniki leczenia

(O'Donohue, W., Fisher, J.E., Hayes, C.S. (2003). *Cognitive Behavior Therapy. Applying Empirically Supported Techniques in Your Practise*. Hoboken: John & Sons, Inc.)

Poniżej omówione zostały najczęściej stosowane metody w pracy z osobami cierpiącymi z powodu fobii specyficznych.

1. Gradual Exposure Therapy:

- a. analiza lęku (co i które aspekty sytuacji powodują lęk) i zachowania unikowego
- a. stworzenie hierarchicznej listy sytuacji lękowych
- c. powtarzana ekspozycja - klient zachęcany jest do doświadczania sytuacji lękowej bez jakichkolwiek prób uniknięcia, czy zabezpieczenia (ponawiana jest do czasu wygaśnięcia silnej reakcji lękowej)
- d. ekspozycja kolejnego bodźca – bardziej lękowego
 1. in vitro (w wyobraźni)
 2. in vivo (w rzeczywistości).

2. Terapia implozywna - implosive (flooding) therapy

(Thomas G. Stampfl (1959)

- Wielokrotna ekspozycja awersyjnego bodźca (in vivo, in vitro), który wywoła reakcje behawioralne, przy braku możliwości ponownego wzmocnienia (ucieczki) - wygaszenie reakcji lękowej
- a. wywiad diagnostyczny (2-3 sesje)
 - b. sformułowanie planu terapii
 - c. wyjaśnienie stosowanej techniki
 - d. próba wyobrażenia neutralnej sytuacji
 - e. sesja implozywna (kilka do kilkunastu sesji).

3. Systematyczna desensytyzacja

Technika rozwinięta przez Saltera (1949) i Wolpe'a (1958)

- a. trening relaksacyjny (5-7 sesji)
- b. sformułowanie listy sytuacji (bodźców) wywołujących lęk (ok. 10-20 pozycji) i ustawienie ich w kolejności od najmniej do najbardziej lękotwórczych
- c. ekspozycja w wyobraźni
 - wprowadzenie w stan relaksacji
 - wyobrażenie sytuacji lękowej (trwanie w niej ok. 5-7s)
 - ocena stanu dyskomfortu (SUD: od 1 do 100)
 - powrót do stanu relaksu
 - powtórna ekspozycja TEJ SAMEJ sytuacji lękowej (powtarzana do czasu, aż SUD spadnie do 0).

4. Modelowanie

- a. faza oceny (ustalenie celu terapii – identify target behaviors)
- b. wyjaśnienie stosowanej techniki
- c. modelowanie – terapeuta pokazuje prawidłowe zachowanie w określonej sytuacji
- d. próba powtórzenia przez pacjenta

Graduating Modeling procedures – stopniowe zwiększanie poziomu trudności zachowań

- e. prace domowe

Warto wiedzieć także, iż przykładem organizacji, która stara się uczulać opinię publiczną na całym świecie na problem fobii, jest ADAA (Anxiety Disorders Association of America). ADAA podkreśla, że choć lęk w przypadku fobii jest nieproporcjonalny do zagrożenia, cierpienie jakie temu towarzyszy – jest jak najbardziej realne.

ADAA proponuje 16-to punktową terapię w walce z fobią. Nie obejmuje ona środków farmakologicznych, co jest jej zaletą:

1. Zmień dietę
2. Skoncentruj się na sobie
3. Otwórz się na drugą osobę
4. Zrelaksuj się
5. Oddychaj głęboko

6. Zabaw się
7. Wyrzuć to z siebie
8. Opisz to
9. Mów do siebie
10. Pofantazjuj (konstruktywnie)
11. Rusz się
12. Spójrz prawdzie w oczy
13. Wyobraź sobie najgorsze
14. Powtarzaj: to też minie
15. Spróbuj znaleźć grupę wsparcia
16. Nie wahaj się prosić o pomoc (za: Juan, 2007).

FOBIE U OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Fobie specyficzne są jednymi z najczęściej pojawiających się lęków u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Mogą dotyczyć wielu różnych obiektów i zjawisk, w tym często: lekarzy, zwierząt, owadów, określonych przestrzeni (np. windy), ciemności, zastrzyków, widoku krwi, tłumy, itd. Ich genezę mogą stanowić wcześniejsze bolesne doświadczenia i udział określonego bodźca, np. zabieg w gabinecie dentystycznym. Ze względu na pewne ograniczenia intelektualne, bardzo trudno jest takiej osobie poradzić sobie z narastającymi napięciami. Osobiście, od 2009 roku zajmuję się problemem lęku w stosunku do psów (kynofobią). Jako wolontariusz Fundacji Dogtor pracowałam z ośmiorgiem dzieci (począwszy od trzeciego roku życia po dwunasty) z klinicznymi objawami tego rodzaju fobii specyficznej. W Ośrodku Rehabilitacyjno – Edukacyjno – Wychowawczym miałam okazję przeprowadzać odwracanie sześcioro osób. W pracy pomagał mi specjalistycznie przeszkolony pies w kierunku dogoterapii. Jego zaletami, które przyczyniły się do sukcesu jest zrównoważony charakter, przyjazne usposobienie, mała szczekliwość, posłuszeństwo i bogaty zasób wyuczonych sztuczek.

Niezależnie od tego, czy pracowałam z osobą z niepełnosprawnością, czy pełnosprawną, ważnym elementem terapii był dokładny wywiad z rodzicami bądź opiekunami osoby cierpiącej z powodu lęku. Niezbędne jest określenie poziomu lęku oraz ustalenie poszczególnych etapów terapii, na podstawie różnicowania od bodźca/sytuacji wywołującej najmniejszy stopień napięcia, po największy. Oprócz doznanej wcześniej traumy, np. przewrócenia przez psa, zaobserwowałam, iż najczęstszym powodem lęku

w stosunku do psów jest pozorna nieprzewidywalność jego zachowań, nagłe ruchy ciała, szczekanie. Osoba taka w kontakcie ze zwierzęciem, na którego temat ma małą wiedzę (czworonóg jest dla niej niezrozumiałą istotą), może odczuwać brak poczucia wpływu na/kontroli jego reakcji. Powoduje to poczucie zagrożenia, lęk przed zranieniem, czasem zabrudzeniem. Obszarem wywołującym najwięcej niepokoju jest psi pysk. Być może ma to swoje odzwierciedlenie w dziedzicznym, naturalnym lęku w stosunku do drapieżników. W wywiadzie często okazywało się, iż stres w kontakcie z psem pojawił się na prawidłowym etapie rozwoju emocji (około trzeciego roku życia), jednakże stanowił początek odczuwania wielu przykrych stanów i problemów, które wraz z upływem czasu nie mijały, a nasilały się. Sugeruje to, iż powodem mogło być nieprawidłowe przepracowanie tego etapu kształtowania się lęków.

Warto zwrócić uwagę, iż zajęcia terapii kynofobii odbywają się z poszanowaniem emocji odbiorcy, kolejny krok wyznaczają jego reakcje, aczkolwiek decyzje podejmuje terapeuta, uprzedzając jednak o każdej zmianie. Istotnym aspektem są przekazy komunikowane za pomocą ciała, dąży się do wprowadzania pacjenta w stan rozluźnienia. Często pomocne są różnorodne techniki relaksacyjne. Elementem przyspieszającym sukces jest – oprócz typowo behawioralnych metod – rozbudowywanie wiedzy odbiorcy na temat obiektu, który wywoływał lęk - w tym przypadku psa, a także przełamywanie lęku ciekawością, która rodziła się na skutek prezentowania różnorodnych sztuczek, czytania opowiadań z życia psa, zawierających wytłumaczenia niektórych psich zachowań, oglądanie przedmiotów należących do zwierzęcia. Bardzo ważna była postawa wszystkich uczestników terapii, zastąpienie większości przekazów słownych spokojnymi reakcjami i mową ciała oraz modelowanie, w przypadku bezpośredniego kontaktu ze zwierzęciem. Kończącym etapem jest zgeneralizowanie odczuwania rozluźnienia, także w kontakcie z innymi psami oraz w różnorodnych warunkach (w budynkach, na wolnym powietrzu).

W przypadku odczuwania fobii specyficznych polecane jest szukanie fachowej pomocy. Osoby z otoczenia kogoś cierpiącego na tego typu zaburzenie często nieświadomie wzmacniają nieprawidłowe schematy i zachowania ucieczkowe. Rodzice, chcąc ulżyć stresowi dziecka mogą na przykład w obliczu nieprzyjemnego bodźca brać pociechę na ręce, unikać konfrontacji, pocieszać, głaskać, przemawiać czule. W rzeczywistości są to reakcje podtrzymujące fobię, gdyż nagradzają zachowania ucieczkowe. Podobnie jest z zawstydzeniem, krzyżeniem, czy też karaniem, gdy dziecko przejawia lęk – może prowadzić to do zahamowania emocjonalnego i tylko potęgować poczucie nieumiejętności poradzenia sobie z własnym lękiem.

Podsumowanie

Powyższe rozważania dotyczą problemu fobii specyficznych. Osoby, które cierpią na to zaburzenie muszą na co dzień zmagać się z własnym cierpieniem. Ludzie, którzy nigdy nie przeżywali tak silnych emocji względem jakiegoś bodźca nie są w stanie wyobrazić sobie, jak trudne może być funkcjonowanie człowieka bojącego się pajaków, psów, dentysty, itp. Wielu z nas mogą śmieszyć reakcje znajomego, który krzyczy, płacze, poci się na widok np. clowna. Nam jego zachowanie może wydawać się absurdalne, on natomiast przeżywa prawdziwe, przykre emocje, a jego ból psychiczny jest jak najbardziej realny. Zadziwiające jest to, jak bawić potrafią nas fobie drugiego człowieka – przypomnimy sobie chociaż nasze dziecięce lata, gdy główną rozrywką niektórych było podrzucanie innym żab, myszy, żuczków i obserwowanie ich reakcji. Podejrzewać można, iż wielu ludzi z fobiami prostymi nie szuka pomocy, gdyż nie chcą narazić się na śmieszność. Jest to tym bardziej przykre, iż w dzisiejszych czasach istnieją naprawdę skuteczne techniki, które mogą znacząco poprawić ich jakość życia. Przykładem mogą być terapie poznawczo-behawioralne, których zasadność stosowania potwierdza mnóstwo badań, a naukowcy opracowują coraz ciekawsze metody, takie jak choćby techniki ekspozycji za pomocą wirtualnej rzeczywistości. Warto pamiętać, iż żadne cierpienie nie jest „śmieszne” i każdy ma prawo do uzyskania pomocy i...szczęśliwego życia bez lęku.

CIEKAWOSTKI:

Sławni ludzie, cierpiący na fobię...

- **Zygmunt Freud.** Problemem ojca psychiatrii był lęk przed przestrzenią (agorafobia). Poza tym Freud panicznie bał się własnego numeru telefonu – telefon założono mu gdy miał 43 lata, przydzielono mu numer 14362 i Freud był przekonany, iż oznacza to, że umrze w wieku 62 lat. Lęk ten utrzymywał się bardzo długo. Twórca psychoanalizy zmarł natomiast mając 83 lata – poprosił o pomoc w popełnieniu samobójstwa (Juan, 2007).
- Z przekazów historycznych wiadomo, że słynnym tafefobem (lęk przed pogrzebaniem żywcem) był między innymi prezydent USA, **Jerzy Waszyngton**. Polecił on swoim bliskim, aby jego ciała nie składać do grobu wcześniej niż po trzech dniach od śmierci.
- **Johnny Depp** przyznał w jednym z wywiadów, że szczególnie unika spotkań z klaunami: "Pod ich makijażem i sztucznym uśmiechem, kryje się coś strasznego, cień prawdziwego zła".
- **Christina Ricci** boi się z kolei roślin doniczkowych. Cierpiąca na botanofobię aktorka uważa je za odrażające i brudne

(<http://portalwiedzy.onet.pl/4868,25297,1560430,1,czasopisma.html>)

Bibliografia:

1. Emmelkamp, P.M.G., Bruynzeel, M., Drost, L., Mast, van der C.A.P.G. (2001). Virtual reality exposure in acrophobia: a comparison with exposure in vivo. *CyberPsychology and Behavior*, 4, 335–339.
2. Emmelkamp, P.M.G., Krijn, M., Hulsbosch, L., Vries, de S., Schuemie, M.J., Mast, van der C.A.P.G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509–516.
3. Hellström, K., Öst, L.-G. (1995). One-session therapist directed exposure vs. two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 959–965.
4. Jong P. J. de, Merckelbach H., Arntz A., Nijman H.; Department of Experimental Psychopathology/ Mental Health Sciences Limburg University, Maastrich, the Netherlands; Covariation *Detection in Treated and Untreated Spider phobics*; Journal of Abnormal Psychology, 1992, Vol. 101. No 4, 724-727.
5. Juan, S. (2007). *Zagadki mózgu*. Gdańsk: VM Group.
6. Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2004). *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
7. Kozłowska, B., Tracz, M., (2010). *Referat dotyczący fobii specyficznych*, Gdańsk: Uniwersytet Gdański,
8. Leder, S., Siwiak-Kobayashi, M. (2006). Nerwice. W: A. Bilikiewicz (red.). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
9. Maltby N., Kirsch I., M. Mayer, G. Allen, 2002, *Virtual Reality Exposure Therapy for the Treatment of Fear of Flying: A Controlled Investigation*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 70, No. 5, 1112-1118.
10. McCabe, R.E., Antony, M.M. (2002). Specific and Social Phobia. W: M.M. Antony, D.H. Barlow (red.). *Handbook of Assessment and Treatment planning for psychological disorders*. New York: The Guilford Press
11. Meltzer, H. i wsp. (2008). Children's specific fears. *Child: care, health and development*, 35, 6, 781–789.
12. O'Donohue, W., Fisher, J.E., Hayes, C.S. (2003). *Cognitive Behavior Therapy. Applying Empirically Supported Techniques in Your Practise*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
13. Ollendick T., Costa N. Öst L.-G., L. Ruterskiold, R. Cederlund; C.Sirbu, T.E. Davis, M.A Jarret; *One-Session Treatment of Specific Phobia in Youth: A Randomized Clinical Trial in The United States and Sweden*; Journal of Consulting and Clinical Psychology 2009, Vol. 77, No. 3. 504-516.
14. Öst, L.-G. (1996a). Long-term effects of behavior therapy for specific phobia. W: M.R. Mavissakalian, R.F. Prien (red.). *Long-term treatments of anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
15. Öst, L.-G. (1996b). One-session group treatment of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 707–715.
16. Öst, L.-G., Alm, T., Brandberg, M., Breitholtz, E. (2001). One vs. five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 167–183.
17. Öst, L.-G., Brandberg, M., Alm, T. (1997a). One versus five sessions of exposure in the treatment of flying phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 987–996.
18. Öst, L.-G., Ferebee, I., Furmark, T. (1997b). One-session group therapy of spider phobia: Direct versus indirect treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 721–732.
19. Öst, L.-G., Salkovskis, P.M., Hellström, K. (1991). One-session therapist-directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, 22, 407–422.
20. Panini, G.P. (1997). *Mitologia. Atlas*. Warszawa: Arkady.
21. Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna: teoria i praktyka*. Warszawa: Paradygmat.
22. Szpecht-Tomann, M. (2009). *Gdy dziecko się boi*. Warszawa: PAX.
23. Teachman B. A. (Yale University), Woody S. R. (University of British Columbia), *Automatic Processing in Spider Phobia: Implicit Fear Associations Over the Course of Treatment*; Journal of Abnormal Psychology, 2003, Vol. 112, No. 1, 100-109.
24. Wciórka, J. (red.). *Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier & Partner.
25. <http://portalwiedzy.onet.pl/4868,25297,1560430,1,czasopisma.html>