

GRUPNI BIHEVIORALNO-KOGNITIVNI TRETMAN STUDENATA SA SOCIJALNOM ANKSIOZNOSTI

IVANKA ŽIVČIĆ-BEĆIREVIĆ i INES JAKOVČIĆ¹

Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju i ¹Sveučilišni savjetovanišni centar, Rijeka, Hrvatska

Socijalni anksiozni poremećaj je pretjerani strah koji osoba doživljava u različitim socijalnim situacijama u kojima postoji mogućnost procjenjivanja od strane drugih ljudi. Zbog straha da će biti negativno procijenjene te korištenja izbjegavanja i sigurnosnih ponašanja kao strategije suočavanja sa strahom, socijalno anksiozne osobe upadaju u začarani krug koji održava problem.

U radu je prikazan grupni bihevioralno-kognitivni tretman studenata sa socijalnom anksioznosti u trajanju od 8 susreta i jednim susretom praćenja u koji je bilo uključeno 6 studenata u dobi od 19 do 29 godina. Ciljevi tretmana bili su: poučiti studente kako se nositi s anksioznosti, poboljšati svakodnevno funkcioniranje povećavanjem broja situacija s kojima se suočavaju te motivirati studente na nastavak izlaganja nakon završetka tretmana. Korištene su bihevioralne i kognitivne intervencije s naglaskom na postupno izlaganje i kognitivno restrukturiranje.

Nakon tretmana klijenti izvještavaju o boljoj funkcionalnosti te postižu niže rezultate na mjerama socijalne anksioznosti.

Ključne riječi: socijalna anksioznost, bihevioralno-kognitivna terapija, grupni tretman, studenti

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. Ivanka Živčić-Bećirević
Odsjek za psihologiju
Filozofski fakultet u Rijeci
Sveučilišna avenija 4
51 000 Rijeka, Hrvatska
E-pošta: izivcic@ffri.hr

UVOD

Socijalni anksiozni poremećaj je pretjerani strah koji osoba doživljava u različitim socijalnim situacijama u kojima postoji mogućnost procjenjivanja drugih ljudi (1). Jedan je od najčešćih anksioznih poremećaja i četvrti najčešći psihijatrijski poremećaj, sa životnom prevalencijom u rasponu od 3 % do 13 % (2). Ima kronični tijek te značajno ometa funkcioniranje i smanjuje kvalitetu života pojedinca. Osobe sa socijalnom anksioznosti najčešće se

boje da će biti negativno procijenjene zbog čega nerijetko izbjegavaju ugrožavajuće socijalne situacije. Problem se javlja u različitim socijalnim interakcijama, kao što je upoznavanje novih ljudi ili vođenje razgovora, situacijama u kojima osoba mora nešto raditi pred drugim ljudima (npr. jesti, piti, pisati i sl.), situacijama javnog izlaganja pred drugim ljudima (držanje seminara, pjevanje, sviranje..) te izražavanja neslaganja s drugima i obraćanje autoritetu.

Socijalna anksioznost je uobičajen problem i među studentima, a podatci o zastupljenosti kreću se od 9,6 % (3) do 11,6 % (4), s nešto većom učestalošću kod djevojaka. Dell'Osso i sur. (5) nalaze da čak 28,6 % studenata postiže visok rezultat na ljestvici socijalne anksioznosti. Premda je javni nastup uobičajena akademska aktivnost, socijalna se anksioznost kod studenata najčešće manifestira upravo u obliku straha od javnog izlaganja koji nerijetko ometa obavljanje zadataka i umanjuje njihova akademska postignuća.

U nastanku ovog poremećaja sudjeluje niz bioloških i psihosocijalnih faktora. U nastavku će ukratko biti prikazan bihevioralno-kognitivni model socijalne fobije na kojem se zasniva i bihevioralno-kognitivni pristup tretmanu ovog poremećaja.

BIHEVIORALNO-KOGNITIVNI MODEL NASTANKA I ODRŽAVANJA SOCIJALNE ANKSIOZNOSTI

Clark i Wells (6) te Rapee i Heimberg (7) predlažu temeljni bihevioralno-kognitivni model socijalne fobije. U središtu modela je percepcija sebe kao socijalnog objekta, tj. usmjerenost na percepciju osobne izvedbe u socijalnim situacijama (8). S ciljem sprječavanja predviđene „socijalne katastrofe“ socijalno fobične osobe koriste niz sigurnosnih ponašanja, od kojih neka mogu čak pojačati simptome (npr. čvrsto držanje olovke da im ne bi zadrhtala ruka) ili interferiraju s uspješnom izvedbom (npr. razmišljanje o tome što će reći umjesto da se usmjere na ono što govori sugovornik). Sigurnosna ponašanja jedan su od glavnih čimbenika u održavanju poremećaja jer sprječavaju razuvjeravanje osobe da se očekivana „katastrofa“ neće dogoditi, a zapravo mogu povećati i vjerojatnost da se zastrašujuće posljedice zaista dogode (npr. da u socijalnoj interakciji zaista ispadnu socijalno nespretni i manje zanimljivi). Povećanoj usmjerenosti pažnje na sebe pridonosi i anticipatorno procesiranje (ruminiranje o nadolazećoj socijalnoj situaciji) i tzv. *post-event* procesiranje (detajno analiziranje vlastitog ponašanja nakon sudjelovanja u socijalnoj situaciji s naglaskom na moguće propuste i neuspjeh), što samo pojačava negativnu sliku o sebi i anksioznost u sljedećoj sličnoj situaciji.

Clark i Wells (6) smatraju da socijalno anksiozne osobe postavljaju sebi visoke i nerealistične standarde, te pretpostavljaju da će određeno ponašanje rezultirati nepoželjnim socijalnim posljedicama (npr. „Ako govorim pred grupom, blokirat ću i svi će mi se smijati“). Istraživanja potvrđuju da socijalno anksiozne osobe imaju općenito više negativnih nego pozitivnih misli tijekom socijalnih interakcija, više razmišljaju o dojmima kojeg će ostaviti na druge ljude, boje se da će drugi ljudi vidjeti njihove simptome anksioznosti i negativno ih interpretirati (9) ili da će se ponašati neadekvatno, odnosno da njihova izvedba neće biti na onoj

razini koju su očekivali ili željeli (10,11). U pravilu podcjenjuju kvalitetu svojih socijalnih interakcija, a procjenu više temelje na subjektivnom doživljaju znakova anksioznosti nego na reakcijama drugih (12,13). Skloni su negativnim interpretacijama nejasnih socijalnih situacija (14,15) te bolje pamte negativne socijalne komentare.

Pored ovih uvjetovanih pretpostavki imaju i vrlo rigidna pravila o socijalnom ponašanju (npr. „Uvijek moram tečno govoriti“, „Ne smijem pokazati znakove anksioznosti“), a prisutna su i bezuvjetna bazična vjerovanja o vlastitoj neadekvatnosti, manjkavosti i/ili nepoželjnosti (npr. „čudna sam, dosadna sam“ i sl.).

Izbjegavajuće ponašanje ima ključnu ulogu u održavanju poremećaja. Izbjegavanjem neugodne situacije pojedinac uspijeva smanjiti napetost i doživjeti neposredno olakšanje, međutim, dugoročno ono ima negativne učinke. Pojedinac ne dobiva informacije koje bi mogle biti suprotne njegovim pretpostavkama pa se tako negativna predviđanja potvrđuju. Osoba ne sudjeluje u brojnim situacijama i aktivnostima u kojima bi željela i postigla manje uspjehe. Veća je vjerojatnost da će i ubuduće izbjeći sličnu situaciju, a pojačava se i osjećaj neadekvatnosti i nekompetentnosti.

BIHEVIORALNO-KOGNITIVNI TRETMAN SOCIJALNE ANKSIOZNOSTI

Brojna istraživanja potvrđuju učinkovitost bihevioralno-kognitivne terapije za anksiozne poremećaje općenito i superiornost u odnosu na liste čekanja i druge psihoterapijske intervencije, uključujući psihodinamsku terapiju (16). Niz istraživanja provedenih tijekom proteklih 20 godina potvrđuje i učinkovitost bihevioralno-kognitivnih tretmana u tretmanu socijalne fobije (17-19), što je dokazano i u nekoliko meta-analiza s visokom veličinom učinka od .89 (20-22).

Empirijski dokazani tretmani za socijalnu fobiju uključuju strategije zasnovane na izlaganju, kognitivne strategije, tehnike opuštanja te trening socijalnih vještina (23). Bihevioralne intervencije uključuju postupno izlaganje zastrašujućim situacijama (npr. govor u javnosti) i socijalnim interakcijama (razgovor s nepoznatom osobom), kao i igranje uloga (npr. uvježbavanje razgovora za posao). Trening socijalnih vještina uključuje uvježbavanje komunikacijskih, asertivnih i drugih socijalnih vještina, ali istraživanja ne potvrđuju dodatnu korist ovih tehnika osim primjene samo postupnog izlaganja (24). Odustajanje od sigurnosnih ponašanja tijekom izlaganja ključno je za postizanje većih terapijskih promjena (25,26).

Meta-analize potvrđuju da kombinacija kognitivnih intervencija i izlaganja daje najbolje rezultate, u usporedbi sa samo jednom od tih tehnika i dodavanjem treninga socijalnih vještina (13,27). Rezultati istraživanja ne potvrđuju doprinos kombinacije BKT tretmana s upotrebom lijekova

(28-30). Danas se smatra da kombinacija izlaganja i kognitivne restrukturacije daje najbolje rezultate, tim više što se ove dvije tehnike stalno isprepliću. Osim desenzibilizacije, izlaganje dovodi i do kognitivne promjene, dok kognitivne tehnike (osobito bihevioralni eksperimenti) također uključuju neki oblik izlaganja.

Premda neke usporedbe individualnog i grupnog BKT tretmana često upućuju na podjednake rezultate, neka istraživanja ipak ističu jače učinke individualnog tretmana (13, 31-34). Uprkos nešto većoj učinkovitosti individualnog bihevioralno-kognitivnog tretmana socijalne fobije, grupni tretmani su dostupniji većem broju klijenata. Jedna od prednosti grupnog tretmana je i to što omogućuje uvježbavanje vještina, igranje uloga te dobivanje neposredne povratne informacije od drugih članova grupe u okviru sigurnog okruženja što nije jednostavno postići u individualnom tretmanu (35). Osim toga, grupni tretman osigurava učenje po modelu (od drugih članova grupe), dobivanje ohrabrenja za uvježbavanje novih vještina kao i za izlaganje novim i zastrašujućim situacijama.

Grupni bihevioralno-kognitivni tretman socijalne anksioznosti Heimberga i Beckera (36) smatra se „zlatnim standardom“ u tretmanu socijalne fobije. Njegova je učinkovitost potvrđena u većem broju studija, a terapijske promjene zadržane su i u razdoblju praćenja nakon 6 godina (12,37). Glavne komponente ovog tretmana su izlaganje neugodnim situacijama u seansi, kognitivno restrukturiranje te domaće zadaće u vidu izlaganja u živo. Započinje se kognitivnim intervencijama budući da postoje dokazi da je grupni tretman socijalne fobije učinkovitiji kad one prethode tehnikama izlaganja (38).

CILJ RADA

Glavni je cilj rada opisati skraćeni Heimbergov i Beckerov (36) grupni bihevioralno-kognitivni tretman socijalne anksioznosti, te prikazati učinke tako prilagođenog tretmana provedenog s grupom studenata.

PRIKAZ GRUPNOG TRETMANA STUDENATA SA SOCIJALNOM ANKSIOZNOŠĆU

Sudionici

U grupni tretman bilo je uključeno 6 studenata riječkog Sveučilišta u dobi od 19 do 28 godina, od kojih samo jedan mladić, premda se obično preporuča da barem dva člana budu suprotnog spola (36). Svi su navodili anksioznost u socijalnim situacijama kao jedan od svojih glavnih problema. Neki od njih su prije uključivanja u grupni tretman bili u kraćem individualnom tretmanu u Psihološkom savjetovalištu, dok se tijekom grupnog tretmana s jednom studenticom radilo individualno na njezinim depresivnim problemima.

Metode procjene

Prije prvog susreta grupe, sa svakim je studentom proveden ulazni intervju tijekom kojeg su procijenjene njegove teškoće, ispitana podobnost za uključivanje u grupni tretman, te je sa svakim od njih izrađena individualna hijerarhija zastrašujućih situacija na temelju kojih su planirana izlaganja tijekom tretmana.

Na početku i na kraju svakog pojedinog susreta studenti su procjenjivali stupanj trenutno izražene anksioznosti na subjektivnoj ljestvici od 0 (uopće ne) do 10 (maksimalno). Na prvom i na posljednjem susretu, te na susretu praćenja održanom dva mjeseca nakon provedenog tretmana, studenti su ispunili dvije ljestvice namijenjene mjerenju dva različita aspekta socijalne anksioznosti: 1. *Ljestvica anksioznosti u socijalnim interakcijama (Social Interaction Anxiety Scale – SIAS; 39)* i 2. *Ljestvica socijalne fobije (Social Phobia Scale – SPS; 39)*. Oba upitnika sadrže po 20 čestica za koje studenti procjenjuju u kojoj se mjeri tvrdnje odnose na njih na ljestvici od 0 - nimalo karakteristično ili istinito za mene do 4 - jako/u potpunosti karakteristično ili istinito za mene. Ukupni rezultat dobiva se zbrajanjem rezultata na svim česticama. Oba instrumenta već su ranije korištena s hrvatskim ispitanicima i pokazuju dobre metrijske karakteristike (40).

Ciljevi tretmana

Ciljevi tretmana bili su poučiti studente vještinama nošenja s anksioznošću, poboljšati njihovo svakodnevno funkcioniranje povećavanjem broja situacija s kojima se suočavaju te ih motivirati za daljnja izlaganja nakon završetka tretmana.

Struktura grupnog tretmana

Program je kreiran prema grupnom BKT tretmanu autora Heimberga i Beckera (36), ali je prilagođen potrebama i mogućnostima studenata. Grupni tretmani nerijetko rezultiraju većim osipanjem članova grupe, a dodatna je teškoća usklađivanje rasporeda studenata s različitim studija. Iz tih je razloga originalnih 12 skraćeno na 8 susreta, kojima je dodan jedan odgođeni susret sa ciljem praćenja postignutih rezultata. Kraći osmotjedni program u radu sa studentima predlažu i drugi autori (npr. 41). Tretman su provodila dva bihevioralno-kognitivna terapeuta, a grupni susreti održavali su se jednom tjedno u trajanju od po dva sata.

Na prvom susretu, nakon kratkog međusobnog upoznavanja i pojašnjenja pravila i načina rada u grupi, klijentima je objašnjen BKT model nastanka i održavanja socijalne anksioznosti, kao i plan tretmana. Na drugom susretu naglasak je bio na podučavanju o pogreškama u mišljenju, kognitivnoj restrukturaciji i bihevioralnim eksperimentima, pri čemu su korišteni osobni primjeri članova grupe. Za svakog je klijenta zajednički planiran bihevioralni eksperiment koji je trebalo provesti za domaću zadaću.

Od trećeg do sedmog susreta naglasak je bio na postupnim izlaganjima u seansi, planiranim na temelju ranije izrađenih individualnih hijerarhija. Na svakom su susretu provedena dva do tri izlaganja, a paralelno se radilo na prepoznavanju i ispravljanju pogrešaka u mišljenju, kao i prepoznavanju čimbenika koji otežavaju izlaganje te nalaženju strategija za njihovo prevladavanje.

Na zadnjem susretu studenti su izvjestili o postignutim promjenama, kao i o situacijama koje im još uvijek predstavljaju teškoće. Pokušalo ih se motivirati za ustrajanje u daljnjim izlaganjima uz kratko ponavljanje strategija koje im u tome mogu pomoći. Dva mjeseca nakon završetka grupnog tretmana održan je odgođeni susret s ciljem praćenja postignutih učinaka na kojem su studenti izvjestili o mogućim poboljšanjima ili pogoršanjima, teškoćama s kojima su se suočavali te o planovima za daljnje napredovanje.

Terapijske tehnike

U radu su korištene kognitivne tehnike, kao što su psihoedukacija, kognitivna restrukturacija i bihevioralni eksperiment. Poseban je naglasak bio na prepoznavanju negativnih automatskih misli koje potiču na ponašanje izbjegavanja (npr. „Ako sam anksiozan, ne mogu razgovarati s nepoznatim ljudima“). Restrukturiranjem takvih misli u funkcionalnije (npr. „Iako sam anksiozan, mogu reći nekoliko rečenica i pitati kolegu što imamo za zadaću. I drugi su ponekad anksiozni, a i ja sam u brojnim situacijama do sada uspio iako sam bio anksiozan“) potiče ih se i ohrabruje na izlaganje različitim situacijama, umjesto da ih izbjegavaju i time podržavaju pogrešne pretpostavke.

Bihevioralni eksperimenti su najbrži i najučinkovitiji način za provjeru i mijenjanje pogrešnih očekivanja i vjerovanja pa se klijente poticalo na njihovu što češću primjenu. Npr. djevojka koja je izbjegavala sama otići u dućan jer je pretpostavljala da „zbog neugode neće uspjeti staviti stvari u vrećicu i neće moći platiti, već će gledati u pod, ostaviti stvari na blagajni i izaći a da ne plati“ potaknuta je da to provjeri. Na sljedećem je susretu izvjestila kako je uspjela platiti račun i uspješno spremila kupljene stvari u vrećicu, premda joj je bilo neugodno. Na temelju tog iskustva naučila je da njezine pretpostavke nisu uvijek točne te da može učiniti neki zadatak usprkos neugodi koju pri tome doživljava.

Ključna bihevioralna intervencija bilo je *postupno izlaganje* različitim situacijama koje izazivaju anksioznost na temelju individualno kreiranih hijerarhija. Tijekom seanse klijenti su se izlagali situacijama kao što su: započeti razgovor s drugom osobom u paru (pri čemu su se parovi u svakom susretu mijenjali kako bi se zadatak postupno otežavao), razgovarati o osobnim temama, pridružiti se već započetom razgovoru između dvije osobe, natočiti vodu ostalim članovima grupe, obaviti telefonski razgovor (sa ciljem traženja informacija) i sl.

Budući da se *domaća zadaća* smatra ključnom komponentom bihevioralno-kognitivnih tretmana koja značajno pridonosi terapijskom napretku, svaki je susret završavao zadatkom koji je trebalo obaviti do sljedećeg susreta. Nakon početnih zadaća usmjerenih na prepoznavanje i mijenjanje negativnih automatskih misli, sljedeće su bile usmjerene na izlaganja i provođenje bihevioralnih eksperimenata, npr. otići se slikati za osobnu iskaznicu, nazvati baku, inicirati neformalne razgovore s kolegama na hodniku, jesti u studentskom restoranu, prošetati sama centrom grada, otići na koncert i sl. Nastojalo se planirati više situacija kako bi izlaganje bilo što češće, po mogućnosti svakodneвно.

Korištenje kognitivnih i bihevioralnih strategija cijelo se vrijeme ispreplitalo, budući da su izlaganja davala priliku za restrukturiranje pogrešnih i nefunkcionalnih pretpostavki i vjerovanja, dok se u pripremi i tijekom izlaganja koristila kognitivna restrukturacija.

Rezultati provedenog grupnog tretmana

Za evaluaciju provedenog tretmana korišteni su subjektivni iskazi klijenata, postignute promjene u njihovom ponašanju, subjektivna procjena anksioznosti na početku i na kraju svakog susreta te rezultati na primijenjenim ljestvicama anksioznosti.

Na kraju tretmana studenti izvještavaju o promjenama u načinu razmišljanja, odnosno o slabljenju utjecaja negativnih misli na njihovo ponašanje. Značajno su povećali broj situacija kojima se izlažu te su uvidjeli da pri tome često doživljavaju manju anksioznost od one koju su očekivali. U tablici 1 prikazan je primjer hijerarhije zastrašujućih situacija i procjene anksioznosti koju one izazivaju, na početku i na kraju tretmana.

Premda im neke situacije još uvijek izazivaju značajnu razinu anksioznosti, nakon tretmana studenti navode da se osjećaju spremnije te ih u značajno manjoj mjeri izbjegavaju. Naučili su da mogu nešto napraviti unatoč prisutnoj anksioznosti pa su ohrabreni i za daljnja izlaganja drugim neugodnim situacijama.

U tablici 2 prikazane su prosječne grupne procjene trenutno izražene anksioznosti na početku i na kraju svakog pojedinog susreta. Primjećuje se da je tijekom svakog susreta došlo do smanjenja doživljene anksioznosti te da su sa svakim susretom prosječne procjene bile sve niže. Zanimljivo je kako je jedna studentica početnu anksioznost subjektivno procijenila iznad maksimalne vrijednosti (procjenom 11 na ljestvici od 0 do 10), što ukazuje na njezinu ekstremno izraženu nelagodu na početku prvog susreta.

U tablici 3 prikazani su prosječni rezultati na primijenjenim ljestvicama anksioznosti. Može se uočiti smanjenje rezultata na zadnjem u odnosu na početni susret, a postignute promjene održale su se i dva mjeseca nakon tretmana.

Tablica 1.
Primjer hijerarhije zastrašujućih situacija

Aktivnost	Stupanj nelagode (0-10)	
	Prije tretmana	Na kraju tretmana
Suprotstaviti se tuđem mišljenju	10	8
Susret s poznatom osobom	10	6
Crvenjenje u društvu	10	6
Reći svoje mišljenje	9	8
Predstaviti svoju ideju	8	6
Predstaviti se pred grupom	8	6
Izlazak s društvom	8	5
Inicirati razgovor s drugom osobom	8	5
Gledati drugu osobu u oči	7	3
Šetnja	7	5
Održati prezentaciju pred grupom	6-7	5
Izaći i vratiti se u grupu	6	4
Razgovor s drugom osobom	6	5
Jesti pred grupom	5	2

Tablica 2.
Prosječne procjene anksioznosti na početku i na kraju svakog susreta

	1. susret		8. susret		Susret praćenja	
	M	raspon	M	raspon	M	raspon
Početak susreta	9,4	7-11	3,5	1-6	1,5	0-3
Kraj susreta	5,6	3-7	1	0-3	0,5	0-1

Tablica 3.
Prosječni rezultati studenata na SIAS i SPS upitniku u tri točke mjerenja

	1. susret		8. susret		Susret praćenja	
	M	raspon	M	raspon	M	raspon
SIAS	59	53-64	42,6	39-46	45,6	36-52
SPS	47	24-59	24,8	9-41	24,6	9-31

RASPRAVA

Provedeni skraćeni bihevioralno-kognitivni tretman s grupom socijalno anksioznih studenata, temeljen na Heimbergovom i Beckerovom programu (36), pokazao se vrlo uspješnim, što je u skladu s nalazima drugih autora (12,37). Nakon tretmana studenti postižu niže rezultate na primijenjenim mjerama socijalne anksioznosti, izvještavaju o manje izbjegavajućeg ponašanja, a njihove subjektivne procjene anksioznosti na početku i na kraju susreta sa svakim su se sljedećim susretom smanjivale.

Na kraju tretmana studenti spontano navode da im je u radu pomogao razgovor o vlastitom problemu s članovima grupe, odnosno spoznaja da „nisu jedini“, što ih je potaknulo i na otvaranje bliskim ljudima u svojoj okolini. Svidjela im se podrška i poticaj grupe te atmosfera razumijevanja u kojoj nije bilo osuđivanja, što je doprinijelo boljem razumijevanju sebe. Očito je da je blagotvorni učinak grupe imao svoj doprinos njihovom napredovanju, premda je grupna podrška ponajprije korištena za ohrabivanje pojedinaca na izlaganja u seansama, kao i na planirana samostalna izlaganja između susreta.

Studenti ističu i korisnost specifičnih bihevioralnih i kognitivnih tehnika. Kao posebno korisno naveli su preusmjeravanje pažnje sa sebe na druge ljude, zbog čega su uspjeli uvidjeti da su i drugi ponekad anksiozni te da anksioznost koju subjektivno osjećaju nije vidljiva „izvana“ u tolikoj mjeri kao što su to pretpostavljali.

Prepoznaju svoje negativne automatske misli i pogreške u mišljenju (osobito katastrofiziranje), uspješno im se suprotstavljaju i ne dozvoljavaju da ih sprječavaju u izlaganju željenim situacijama. Uvidjeli su značajnu dobit od izlaganja pa navode da su naučili da je „bolje pokušavati nego odustajati, te da se svaki dan treba izložiti nekoj situaciji koja im je neugodna“. Najkorisnija im je bila spoznaja da anksioznost ne treba posve ukloniti te da ih ona ne mora spriječiti u onome što žele učiniti. Proširenje repertoara situacija koje više ne izbjegavaju značajno je pridonijelo poboljšanju kvalitete njihovog svakodnevnog funkcioniranja na studiju i u socijalnim situacijama. Postignute promjene primjećuju i njihovi prijatelji i roditelji, što ih je dodatno ohrabilo. S obzirom da je bihevioralno-kognitivna terapija primarno usmjerena na usvajanje novih vještina, može se očekivati nastavak napredovanja klijenata i nakon završenog tretmana, a u prilog tome ide i njihova motiviranost za daljnja samostalna izlaganja. Podatci dobiveni na susretu održanom dva mjeseca nakon završetka tretmana upućuju na to da su postignuti učinci uglavnom zadržani, a prema njihovim subjektivnim iskazima može se uočiti da su nastavili primjenjivati naučeno te da se uspješno nose s novim izazovima.

ZAKLJUČAK

Provedeni grupni bihevioralno-kognitivni tretman studenata sa socijalnom anksioznosti pokazao se vrlo uspješnim. Ekonomičnost koju pruža grupni tretman te dobri rezultati, postignuti čak i nakon skraćenog programa od samo 8 susreta koji predlažu i Bjornsson i suradnici (41), potiču na daljnju primjenu grupnog tretmana studenata. S obzirom da su ovdje prikazani rezultati sa samom jednom prigodnom grupom klijenata koji su se javili u Psihološko savjetovalište za studente, u budućem se radu planira evaluacija skraćenog programa na većim uzorcima studenata, kao i longitudinalno praćenje postignutih učinaka.

LITERATURA

1. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. DSM-5. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
2. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
3. Izgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 630-4.
4. Baptista CA, Loureiro SR, de Lima Osorio F i sur. Social phobia in-Brazilian university students: Prevalence, under-recognition and academic impairment in women. *J Affect Disord* 2012; 136: 857-61.
5. Dell’Osso L, Abelli M, Pini S i sur. Dimensional assessment of DSM-5 social anxiety symptoms among university students and its relationship with functional impairment. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10: 1325-32.
6. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. U: Heimberg R, Liebowitz M, Hope DA, Schneider FR. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press. 1995.
7. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioural model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther* 1997; 35: 741-56.
8. Wells A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. New York: Wiley, 1997.
9. Roth DA, Antony MM, Swinson RP. Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. *Behav Res Ther* 2001; 39: 129-38.
10. Wallace ST, Alden LE. Social anxiety and standard setting following social success or failure. *Cognit Ther Res* 1995; 19: 613-31.
11. Wallace ST, Alden LE. Social phobia and positive social events: The price of success. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 416-24.
12. Hofmann SG, Otto MW. *Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence based and disorder-specific treatment techniques*. New York: Routledge; 2008.
13. Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: A qualitative review of randomized controlled trials. *Psychol Med* 2008; 38: 3-14.

14. Stopa L, Clark DM. Social phobia and interpretation of social events. *Behav Res Ther* 2000; 38: 273-83.
15. Hirsch C, Mathews A. Impaired positive inferential bias in social phobia. *J Abnorm Psychol* 2000; 109: 705-12.
16. Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 710-20.
17. Olatunji BO, Cisler JM, Deacon BJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33: 557-77.
18. Öst LG. Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nord J Psychiatry* 2008; 62: 5-10.
19. Stewart RE, Chambless DL. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77: 595-606.
20. Feske U, Chambless DL. Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behav Ther* 1995; 26: 695-720.
21. Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Yap L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clin Psychol-Sci Pr* 1997; 4: 291-306.
22. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82 :375-91.
23. Antony MM, Swinson RP. Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.
24. Mersch PP. The treatment of social phobia: The differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behav Res Ther* 1995; 33: 259-69.
25. Morgan H, Raffle C. Does reducing safety behaviours improve treatment response in patients with social phobia? *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33: 503-10.
26. Wells A, Clark DM, Salkovskis P, Ludgate J, Hackmann A, Gelder M. Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behav Ther* 1995; 26: 153-61.
27. Taylor S. Meta-analysis of cognitive behavioral treatment fo social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1996; 27: 1-9.
28. Davidson JR, Foa EB, Huppert JD i sur. Fluowetine, comprehensive cognitive behavioral therapy and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1005-13.
29. Morissette SB, Spiegel DA, Barlow DH. Combining exposure and pharmacotherapy in the treatment of social anxiety disorder: A preliiminary study of state dependent learning. *J Psychopathol Behav Assess* 2008; 30: 211-19.
30. Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 883-908.
31. Aderka IM. Factors affecting treatmnet efficacy in social phobia: The use of video feedback and individual vs. group formats. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 12-17.
32. Hedman E, Mörtberg E, Hesser H i sur. Mediators in psychological treatment of social anxiety disorder: Individual cognitive therapy compared to cognitive behavioral group therapy. *Behav Res Ther* 2013; 51: 696-705.
33. Mortberg E, Clark DM, Stundin O, Aberg Wistedt A. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy versus treatment as usual in social phobia: a randomized control trial. *Acta Psychiat Scand* 2007; 115: 142-54.
34. Strangier 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.
35. Hope DA, Burns JA, Hayes SA, Herbert JD, Warner MD. Automatic thoughts and cognitive restructuring in cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognit Ther Res* 2010; 34: 1-12.
36. Heimberg RG, Becker RE. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies. New York: The Guilford Press, 2002.
37. Rowa K, Antony MM. Psychological treatments for social phobia. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 308-16.
38. Scholing A, Emmelkamp PMG. Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behav Res Ther* 1993; 31: 667-81.
39. Mattick RP, Clarke JC. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav Res Ther* 1998; 36: 455-70.
40. Juretić J. Socijalna i ispitna anksioznost te percepcija samoeфикаsnosti kao prediktori ishoda ispitne situacije. *Psihologijske teme* 2008; 17: 15-36.
41. Bjornsson AS, Bidwell LC, Brosse AL i sur. Cognitive-behavioral group therapy versus group psychotherapy for social anxiety disorder among college students: A randomized controlled trial: Erratum. *Depress Anxiety* 2013; 30: 1145-6.

SUMMARY

GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF STUDENTS WITH SOCIAL ANXIETY

I. ŽIVČIĆ-BEĆIREVIĆ and I. JAKOVČIĆ¹

University of Rijeka, Faculty of Letters, Department of Psychology and ¹University Council Center, Rijeka, Croatia

Social anxiety is the persistent and irrational fear that a person experiences in social situations in which there is a possibility of being evaluated by other people. Because of the fear that they might be negatively evaluated by others, socially anxious people use avoidance and safety behaviors that keep them in the vicious circle that maintains the problem. Group cognitive-behavioral treatment with 6 socially anxious students (age 19 to 29) is described. The goals of the treatment that lasted 8 sessions with one follow-up meeting were: to teach students how to cope with anxiety, improve their everyday functioning (increasing the number of situations they can face) and motivate students to continue with exposure after treatment. Different behavioral and cognitive interventions were used (mainly gradual exposure and cognitive restructuring). At the end of the treatment clients had lower results on the measures of social anxiety and reported improved functioning (less avoidance behavior).

Key words: social anxiety, cognitive-behavioral therapy, group treatment, students