

6

חרדה חברתית בני רוטברג, אבי ויצמן

חרדה חברתית היא מעין מקרה פרטי של חרדה כללית. היא מופיעה החל מגיל הגן. ילדים הלוקים בחרדה חברתית מאוימים מן הצורך לתקשר עם בני גילם. החשש של הילד הוא שמא יתנהג בצורה שתוביל ללעג כלפיו, או שמא יתגלו סימני החרדה שלו ויגררו לעג והשפלה. החשיפה לסיטואציות החברתיות מעוררת חרדה יכולה להתבטא בהתקפי אימה או בצורות שונות האופייניות לגילאים הצעירים – בכי, התקפי זעם או קיפאון. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי נמצא יעיל ביותר לטיפול חרדה חברתית בקרב ילדים ומתבגרים. המוקד בטיפול זה הוא על כאן ועכשיו, כלומר על דפוסי חשיבה עכשוויים ועל התנהגויות נוכחיות. דרך הצגת מקרה המובאת בחלקו האחרון של הפרק מתוארים שלבי הטיפול המותאם לילדים ולמתבגרים, דרך אבחון והמשגת המקרה, פסיכו-הדרכה, הבניה קוגניטיבית, חשיפה הדרגתית לסיטואציות מאיימות והקניית מיומנויות חברתיות.

רקע

הפרעת חרדה חברתית מאופיינת בחשש מפני האפשרות להיות מובך בפומבי. רוב המצבים מעוררי החרדה הם בבית הספר או בגן הילדים. ילדים ומתבגרים בעלי ההפרעה מדווחים כי אחת הסיטואציות המאיימות ביותר בעבורם היא הצורך לשוחח עם בני גילם. דוגמאות שכוחות נוספות למצבי מעוררי חרדה הן החשש לקרוא בקול בכיתה, לכתוב על הלוח, להשתתף במשחק ספורט וכדומה. החשש הנפוץ של הילד הוא שהוא ישגה, יגמגם או יסמיק ויעורר את לעגם של חבריו. בשל חשש זה נוטים הילדים להימנע מהמצבים שצוינו (Morris & March, 2004; Chavria & Stein, 2005).

ילדים נוטים פחות ממבוגרים לדווח על מחשבות מדאיגות ומתארים יותר תסמינים גופניים (Campo et al., 2004; Connolly & Bernstein, 2007; Ginsburg, Riddle & Davies, 2006). התסמינים השכיחים הם עוררות של המערכת הסימפתטית, כגון מודעות לפעימות הלב

(Palpitations), רעד, הזעה, הסמקה, בחילה או צורך להשתין בעת חשיפה ציבורית או ציפייה למפגש חברתי. ברוב המחקרים מתוארת עלייה בשכיחות ההפרעה לקראת גיל ההתבגרות (Costello & Angel, 2005; Kessler et al., 2005). עלייה זו בשכיחות נובעת ככל הנראה מייחוס חשיבות רבה לדעה של בני הגיל השווה בתקופה זו של חיי הנער או הנערה. בדיווחים על שכיחות ההפרעה קיימת שונות, הנובעת כנראה מהבדלים מתודולוגיים למיניהם ובפרט מהגדרת המצוקה או הפגיעה התפקודית המשמשת לאבחון ההפרעה. הערכות מקובלות המתייחסות לפגיעה תפקודית או מצוקה משמעותית מציינות ששכיחות ההפרעה היא כ-0.5% בקרב ילדים וכ-2%-4% בקרב מתבגרים (Chvria & Stein, 2005). ההפרעה שכיחה יותר אצל בנות.

הקריטריונים לאבחנה של חרדה חברתית על פי DSM-IV כוללים פחד עז וממושך ממצבים חברתיים ו/או ממצבי ביצוע שהילד עלול להיות חשוף בהם לביקורת מאחרים. הילד חושש שמא יתנהג בצורה שתוביל ללעג כלפיו, או שמא יתגלו סימני החרדה שלו ויובילו ללעג ולהשפלה. על פי הקריטריון, אצל ילדים עם חרדה חברתית חייבת להיות היכולת ליצור קשרים חברתיים ביחסים עם אנשים קרובים, והחרדה מתעוררת גם לגבי בני אותו הגיל ולא רק לגבי מבוגרים. החשיפה לסיטואציות החברתיות מעוררת חרדה יכולה להתבטא בהתקפי אימה או בצורות שונות האופייניות לגילאים הצעירים – בכי, התקפי זעם או קיפאון. באבחון מבוגרים, אחד הקריטריונים לקביעת הפרעת חרדה חברתית הוא התנאי שהאדם יכיר כי הפחד שלו מוגזם; קריטריון זה אינו הכרחי לאבחון ההפרעה אצל ילדים. נדרש שתהיה הימנעות מהמצבים מעוררי החרדה או שתתעורר חרדה רבה במקרים שהילד נחשף אליהם. אותן הימנעויות או חרדה גורמות לפגיעה תפקודית משמעותית או למצוקה ניכרת. משך ההפרעה הנדרש לאבחון הוא לפחות חצי שנה. ההימנעות והחרדה אינן מוסברות טוב יותר על ידי מצב רפואי או הפרעה נפשית אחרת. חלק מהילדים הלוקים בהפרעה מודאגים ממוגוון של מצבים חברתיים (Generalized Social Anxiety Disorder), ואילו אצל השאר היא מוגבלת לסיטואציה מובחנת יותר, כגון קריאה בקול לפני הכיתה.

יש מעט ידע על השכיחות היחסית של הצורות למיניהן של הפרעת חרדה חברתית אצל ילדים ומתבגרים. במחקר אחד נמצא, כי רוב הילדים לפני גיל ההתבגרות שהופנו לטיפול בשל חרדה חברתית לקו בחרדה כללית (Generalized), ורק כעשירית מהם לקו בצורה המובחנת יותר (Morris & March, 2004). הצורה הכללית חמורה יותר, וניכרת נטייה משפחתית מובהקת יותר ללקות בה. ייתכן שהשכיחות הגבוהה של ההפרעה הכללית בקרב המופנים לטיפול משקפת בחלקה הטיה בפנייה לטיפול בשל החומרה הקשה יותר של סוג זה.

מקרה קיצוני הנחשב לפי חלק ניכר מהחוקרים לתת-סוג (Variant) של חרדה חברתית הוא אילמות סלקטיבית (Selective Mutism). אילמות סלקטיבית מתבטאת בכך שהילד או הילדה הלוקים בה אינם מדברים כלל במצבים מסוימים (למשל בבית הספר) ומצליחים לדבר במצבים שבהם הם מרגישים בטוחים יותר (למשל, עם בני המשפחה). כיום עדיין מסווגת הפרעה זו בקטגוריית "שונות" (Other Disorders of Childhood) ולא כהפרעת חרדה. בעבר נקראה ההפרעה אילמות אלקטיבית (Elective Mutism), שם שהדגיש כביכול את הבחירה לא לדבר וראה בה התנהגות מרדנית. כיום התפיסה היא שהילדים שותקים בסיטואציות חברתיות בשל רמת חרדה גבוהה ולא דווקא בשל מרדנות. רוב רובם של הלוקים באילמות סלקטיבית עונים

לקריטריונים של חרדה חברתית, וקרוב לוודאי שמדובר בסוג קיצוני של חרדה חברתית. לאחרונה נערכים מחקרים המשווים בין ילדים הלוקים בחרדה חברתית בלבד לכאלה הלוקים בשילוב של חרדה חברתית עם אילמות סלקטיבית במטרה לעמוד על הדומה והשונה בין שתי קבוצות אלו. חרדה חברתית מופיעה לעתים קרובות עם תחלואה נלווית. ההפרעות השכיחות המתלוות אליה הן הפרעות חרדה אחרות ודיכאון. מחקר מעקב של עשר שנים ביותר מ-2,000 ילדים ומתבגרים הראה, כי חרדה חברתית מעלה באופן משמעותי את הסיכון ללקות בדיכאון. כחצי ממספר הצעירים שלקו בחרדה חברתית אובחנו גם כלוקים בדיכאון (Beesdo et al., 2007). המנבא המובהק ביותר בקרב אלה שלקו בחרדה חברתית ושמואחר יותר אובחנו גם כלוקים בדיכאון היה מזג של התנהגות הימנעותית (Behavioral Inhibition). חרדה חברתית מגבירה את הסיכון לשימוש בחומרים ממכרים מרגיעים (עישון, בנזודיאזפינים ואלכוהול). במקרים חמורים מתבטאת ההפרעה בסירוב ללכת לבית הספר, והיא גם גורם סיכון לפגיעה בהישגים הלימודיים ולנשירה מוקדמת מבית הספר (Stein & Kean, 2005; Van Ameringen, Mancini, Farvolden, 2003). ייתכן שחרדה חברתית היא גורם מגוון מפסיכופתולוגיה של אלימות ותוקפנות כלפי אחרים, ונמצא קשר הפוך בין ביישנות לאלימות.

טיפולים מבוססי-ראיות וממצאים לגבי יעילותם

עד לפני שנים אחדות נגזר המידע שברשותנו ממחקרים שנערכו במדגמים של ילדים ומתבגרים שלקו במגוון של הפרעות חרדה ובכללן חרדה חברתית. בשנים האחרונות נערכו מחקרים מבוקרים שכוונו במיוחד לחרדה חברתית. שני הטיפולים שנמצאו יעילים במחקרים מבוקרים הם טיפול בתרופות מעכבות קליטה מחדש של סרוטונין (Birmaher et al., 2003; Chavria & Stein, 2004; Wagner et al., 2004; Isolan et al., 2007; Compton et al., 2001; Albano, Marten, Holt, Heimberg, & Barlow, 1995; Bear & Garland, 2005; Beidel, Turner, & Morris, 2000; Beidel, Turner, Young, & Paulson, 2005; Gallagher, Rbrian, McCloskey, 2004; Hayward et al., 2000; Masia, Klein, Storch, & Corda, 2001; Selective Serotonin) SSRIs (Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000). הטיפול ב-SSRIs (Reuptake Inhibitors) מתבסס על המודל הביולוגי של הפרעות חרדה, שלפיו יש חוסר איזון במערכת הסרוטונינגית המוחית. רוב המחקרים התרופתיים לחרדה חברתית בילדים מדווחים על שפור ניכר ועל גודל אפקט ניכר של תסמיני ההפרעה לפני הטיפול ואחריו לעומת קבוצת אינבו (פלסבו). במטא-אנליזה שפורסמה לאחרונה (Segool & Carlson, 2008) נמצא כי ה-Effect Size הממוצע של חמישה מחקרים מבוקרים שנכללו בניתוח הסטטיסטי היה 1.3. למרות האפקט המשמעותי חשוב לציין, כי נושא הבטיחות של תרופות נוגדות-דיכאון בקבוצת הגיל הצעירה והסיכון שהן נושאות לגבי אובדנות עורר סערה ציבורית רחבה ועדיין נמצא במחלוקת. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי נמצא אף הוא יעיל ביותר לחרדה חברתית בקרב ילדים ומתבגרים. במטא-אנליזה שאוזכרה לעיל נכללו גם חמישה מחקרים קוגניטיביים-התנהגותיים שהיה אפשר לחשב מהם את גודל האפקט של תסמיני ההפרעה. כל המחקרים שנכללו בסקירה זו כללו הבניה קוגניטיבית וחשיפה, וקצתם כללו גם לימוד מיומנויות חברתיות. ה-Effect

הממוצע במחקרים אלה היה 0.86. אחד המחקרים כלל מעקב ממושך של חמש שנים והדגים כי רוב הישגי הטיפול נשמרים בתקופה זו (Beidel, Turner, & Young, 2006).

מן המטא-אנליזה אי אפשר להסיק באופן ישיר על עדיפות של אחת משיטות הטיפול על רעותה. לאחרונה נערך מחקר שהשווה באופן ישיר בין טיפול קוגניטיבי-התנהגותי לטיפול תרופתי ובין אינבו (Placebo) לילדים ומתבגרים עם הפרעת חרדה חברתית (Beidel et al., 2007). נמצא כי הן הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי הן הטיפול התרופתי היו יעילים באופן ניכר ומובהק לעומת האינבו, והטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי היה עדיף מהטיפול התרופתי. כ-80% הגיבו בצורה מספקת בקבוצת הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי לעומת 36% שטופלו בתרופה (ו-6% בלבד בקבוצת האינבו). ההישגים של רוב המשתתפים במחקר זה נשמרו גם אחרי שנה. למרות היעילות של הטיפולים לחרדה חברתית, חלק מהילדים והמתבגרים אינם מגיבים לטיפול בצורה מספקת. לאחרונה התפרסם מחקר שהתמקד בגורמים מתווכים המשפיעים על תוצאה של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בילדים ומתבגרים הלוקים בהפרעת חרדה חברתית. נמצא קשר בין הפחתה בתחושת בדידות ושיפור במיומנויות חברתיות ובין תגובה טובה לטיפול. לעומת זאת גיל או סימפטמולוגיה דיכאונית לא נמצאו בקשר סטטיסטי עם התגובה (Alfano et al., 2009).

מודל קוגניטיבי-התנהגותי של ההפרעה ורציונל לטיפול על פי

המודל המקובל לרוב ההפרעות הנפשיות ובכללן חרדה חברתית הוא מודל פגיעות דחק. המודל גורס שקיימת נטייה מולדת, ביולוגית, לפיתוח ההפרעה, ושאופני ביטוייה וחומרתה מושפעים מגורמים סביבתיים. נטייה מולדת שנחקרה רבות ונקשרה להופעה של חרדה חברתית היא מזג מעוכב בילדות (Chavria & Stein, 2005; Hirshfeld-Becker et al., 2008; Morris & March, 2004). מזג זה, הניכר בגיל הינקות, מתאפיין בנטייה לחשוש מסיטואציות חדשות ולהימנע מהן. כך לדוגמה, פעוט עם מזג מעוכב יימנע מלשחק בצעצוע חדש או מליצור קשר עם ילד שאינו מוכר לו, לעומת פעוט שאינו בעל מזג מעוכב. מחקרי אורך ומחקרים רטרוספקטיביים מצביעים על כך שמזג מעוכב הוא גורם סיכון להפרעות חרדה, ובייחוד להפרעת חרדה חברתית. עם זאת, מזג מעוכב אינו בגדר גורם סיכון מספיק או הכרחי ליצירת ההפרעה. ממצא זה עולה בקנה אחד עם התפיסה ההתפתחותית (Developmental Psychopathology), ולפיה תוצאת התפתחותי מסוים יכול לנבוע ממגוון רחב של גורמים תחיליים (עקרון ה-Equifinality). דהיינו, מגוון של מסלולים (גורמי סיכון) מובילים להופעה של הפרעת חרדה חברתית. עיקרון נוסף הוא כי תוצאות שונות יכולות לנבוע ולהתפתח מאותה נקודת פתיחה (עקרון ה-Multifinality). במסלולים אלה קיימות כמה נקודות שמהן אפשר להסיט את הילד מדרכו (גורמים מגוונים) ולמנוע את הופעת ההפרעה. מהתפיסה ההתפתחותית נובע מודל מורכב שבו מגוון נקודות פתיחה ומסלולים מובילים באופן ייחודי להופעה (או למניעה) של המחלה אצל הפרט המסוים. דוגמה אפשרית למהלך התפתחותי של חרדה חברתית היא ילד שנולד עם מזג מעוכב וגדל במשפחה של הורים חרדים באופיים. מסגרת זו עלולה לגרום להתפתחות של דפוס התקשרות (Attachment) בלתי בטוח. מכיוון שדפוס יחסים מוקדם זה הוא המודל להתקשרויות חברתיות בעתיד, עלול ילד

זה להתקשות ביצירת קשרים חברתיים עם בני גילו. ההימנעות מקשרים חברתיים והבידוד החברתי שוללים ממנו הזדמנויות להתאמן ולפתח את כישוריו החברתיים. בשל ערנותו ליכולתו החברתית הנמוכה עלול הילד להמשיך ולהסתגר ולהימנע מאינטראקציות חברתיות. כך נוצר מעגל קסמים שמשמר את ההפרעה.

תצפיות לשם בחינת דפוסי התקשרות בין ילדים להורים מצביעות על קשר בין דפוס הורי שולט מדי (כפי שהתבטא למשל בהרכבת פאזל או במשחק חופשי) ובין ביישנות וחרדה חברתית בילדים (Hudson & Rapee, 2000; Rubin, Burgess, & Hastings, 2002). ממצאים אלה נתמכים גם במחקרים רטרוספקטיביים. במחקרים אלה ציינו מתבגרים או מבוגרים עם חרדה חברתית שהוריהם נטו לייחס חשיבות רבה לדעתם של אחרים ונהגו לגונן עליהם מדי ולרסנם, בהשוואה לקבוצות ביקורת (Murray, Creswell, & Cooper, 2009; Lieb et al., 2000). עם זאת, אין להקיש מכך שדפוס הורות זה או אחר מוביל להתפתחות הפרעת חרדה חברתית. הקשר הורה-ילד הוא דו-סטרי. ייתכן שדפוס הורי מגונן מדי מעודד הימנעות חברתית וביישנות אצל הילד, וכן, שילד עם מזג מעוכב יתקשר בצורה מסוימת עם הוריו ויעורר בהם התנהגויות מגוננות ומרסנות.

המחקר המבוקר המקיף ביותר בגיל הרך כלל יותר מ-140 פעוטות ששווגו כבעלי מזג מעוכב, והייתה בו התערבות של שש פגישות, שלחלק מהורים כלים קוגניטיביים-התנהגותיים, בעוד חלק נותרו כקבוצת ביקורת. אחרי שתי הקבוצות נערך מעקב של שנה. נמצא כי ההתערבות (שכללה מרכיבי פסיכו-הדרכה על חרדה, הבניה קוגניטיבית להורים ולימוד עקרונות של חשיפה מדורגת) הפחיתה את ההופעה של הפרעות חרדה בקבוצת הטיפול לעומת קבוצת הביקורת (Rapee et al., 2005).

קשר שהונח כי הוא מעצב ומשפיע על ההתפתחות החברתית של הילד הוא הקשר עם בני גילו, אך תחום המידע לגבי השפעת קשר זה על התפתחותה של הפרעת חרדה חברתית עדיין מועט יחסית. הבנת הגורמים המשפיעים על ההתפתחות החברתית בילדים ומתבגרים עשויה להוביל לדרכי התערבות ומניעה ולטיפול בחרדה חברתית. לדוגמה, נמצא שהצמדת ילדים מקובלים חברתית לילדים דחויים מבחינה חברתית מובילה לעלייה בסטטוס החברתי של האחרונים ולשיפור במיומנויות החברתיות שלהם (Morris & Messer, 1995).

אין ראיות לכך שילדים עם הפרעת חרדה חברתית חוו יותר אירועי חיים שליליים (כגון הזנחה והתעללות) מאשר חבריהם שאינם לוקים בהפרעה. נראה כי רוב הלוקים בהפרעה לא רכשו אותה באמצעות התניה קלאסית. יש הוכחה מוגבלת בלבד ממחקרים רטרוספקטיביים בקרב מבוגרים המצביעה על אירוע טראומטי שקדם להופעת החרדה החברתית. זיכרונות אלה מתייחסים לרוב לצורה הלא-כללית של חרדה (Non-generalized), ואילו חרדה חברתית כללית (Generalized) קשורה יותר למאפיינים של מזג מעוכב בילדות. ההתקדמות בהבנתנו את הבסיס ההתפתחותי של הפרעת חרדה חברתית אינה מתורגמת עדיין באופן ישיר למטרות טיפול או לשיטות טיפול (כיצד למשל נשנה מזג מעוכב או דפוסי התקשרות מוקדמים בנער עם חרדה חברתית?). המוקד בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי הוא על כאן ועכשיו, כלומר על דפוסי חשיבה עכשוויים ועל התנהגויות נוכחיות.

בנוגע להתפתחות שימור ההפרעה ולשימורה קיימת שונות בתפיסה של מודלים קוגניטיביים

לעומת מודלים התנהגותיים. מודלים קוגניטיביים מדגישים הטיות בחשיבה ופרשנות שלילית לאירועים חברתיים אצל הלוקים בהפרעה. ילדים חרדים נוטים יותר לצפות שמשוהו רע יקרה, נוטים לפרש באופן שלילי תרחישים עמומים ולהעריך באופן חסר את היכולות שלהם להתמודד עם קשיים. הודגם למשל כי ילדים חרדים נוטים פחות לצפות לתוצאה חיובית מפגישות חברתיות (Carwrite-Hatton, Tschernitz, & Gomersall, 2005).

במחקר אחר הוצגו לילדים ולמתבגרים סיפורים המציגים תרחישים חברתיים עמומים. ילדים ומתבגרים עם חרדה חברתית נטו להזדרז לפרש סיפורים אלה כמאיימים, לעומת קבוצת ביקורת. חלק מההטיה הקוגניטיבית היא הטיה בקשב לסימנים מאיימים פנימיים וחיזוניים. כך למשל ילד חרד ישים במיוחד לב לתחושת רעד ואפילו קלה ביותר בקולו, לתחושה של הסמקה וכדומה. הקשב החיזוני יופנה לרמזים של ביקורת ושל שיפוט שלילי מהסביבה. ילדים מחייכים או צוחקים יתפרשו כלועגים לו וכדומה. לעומת המודלים הקוגניטיביים המדגישים הטיה בקשב ובפרשנות, המודלים ההתנהגותיים מדגישים דפוס התנהגות של הימנעות כמרכיב מרכזי בשימור ההפרעה. בכל פעם שיש הימנעות ממצב "מלחיץ", כגון סיטואציה חברתית, הילד חווה ירידת מתח המשמרת את ההפרעה. לעומת זאת, אם הילד ישנה את התנהגותו ויעז להתעמת עם הפחד שלו, החרדה תוכחד. התעמתות זו נקראת חשיפה. במהלך החשיפות לומד הילד לדעת שהוא מסוגל להתמודד עם הפחד שלו, ושהסיטואציות החברתיות אינן מסתיימות בצורה נוראה כפי שהוא צפה. חשיפה חוזרת מחלישה את הקשר בין הסיטואציות החברתיות והחרדה שצומדה להן ומשמש כלי מפתח במיגור ההפרעה. הדגשים שצוינו במודלים ההתנהגותיים לגבי הימנעות וחשיפה אינם ספציפיים לחרדה חברתית אלא מרכזיים בכל הפרעות החרדה. בשנים האחרונות הושם הדגש במחקר על הבנת חרדה חברתית וטיפול בה דרך הבנת ליקויים במיומנויות החברתיות של צעירים הלוקים בהפרעה (Beidel, Turner, & Morris, 1999). דוגמה לליקויים שהודגמו בתצפיות הם זמן תגובה ארוך יותר כתגובה למסר חברתי, שתיקות והפסקות ארוכות במשימה של קריאה בקול לפני קהל ועוד. על פי תפיסה זו, ובניגוד למודלים הקוגניטיביים, הפרשנות השלילית שמייחסים ילדים אלה לסיטואציות חברתיות אינה נובעת מהטיה בחשיבה או בקשב, אלא מבוססת על ניסיון אובייקטיבי ועל חסר במיומנויות חברתיות. חלק משמעותי שנוסף לטיפול בעקבות זאת הוא לימוד מיומנויות חברתיות. דרך נוספת להתייחס לחלק מהליקויים במיומנויות חברתיות היא כאל התנהגויות מגוננות. נערה החוששת לקרוא בקול בפני חברה לכיתה עלולה לדבר בלחש או להימנע מלהישיר מבט אל הקהל כדי להפחית את החרדה שלה בטווח הקצר. ואולם, התנהגויות כאלו משמרות את הפרעת החרדה לטווח הארוך ונוטות דווקא למשוך תשומת לב וביקורת מהסובבים. במהלך הטיפול יהיה עליה ללמוד, בין השאר באמצעות חשיפות ללא ההתנהגויות המגוננות. ההבחנה בין המודלים הקוגניטיביים להתנהגותיים היא פשטנית למדי. קרוב לוודאי כי אין זו דיכוטומיה פשוטה וכי המציאות מורכבת משילוב של הטיות קוגניטיביות, התנהגות נמנעת, מיעוט חשיפות וחוסר כבישורים חברתיים.

אבחון והערכה

בהערכה של ילד הפונה עם משפחתו לייעוץ יש לשקול את השלב ההתפתחותי שלו, את רמת המצוקה שלו ואת הפגיעה התפקודית, כדי להבדיל בין תופעות של שלב התפתחותי תקין

להפרעת חרדה. יש לראיין את הילד ואת הוריו ובמידת האפשר לקבל נתונים גם מצוות בית הספר (Connolly & Bernstein, 2007). קיימים כמה שאלונים ספציפיים לחרדה חברתית בילדים ובמתבגרים. לדוגמה, גירסה מותאמת לילדים של שאלון ליבוביץ (Masia-Warner et al., 2003). השאלון כולל 24 פריטים – 12 מהם מתארים סיטואציות ביצועיות (למשל, לדבר בקול בכיתה), ו-12 – סיטואציות חברתיות (למשל, להסתכל בעיניים של מישהו שאינך מכיר היטב). כל אחת מהסיטואציות מקבלת ציון בשני מישורים – מידת החרדה שהיא מעוררת ותכיפות ההימנעות מפעילות זו. השאלון פשוט למילוי ובעל מאפיינים פסיכומטריים טובים. שאלון נוסף נבנה בהתאם לקריטריונים של DSM-IV לאבחון ההפרעה (Bediel, Turner, & Morris, 1995). שאלון סקר קצר יותר שפורסם לאחרונה נמצא רגיש וספציפי להפרעת חרדה חברתית (Ranta et al., 2007).

מכיוון שהפרעת חרדה חברתית נוטה לרוב להופיע עם תחלואה נלווית, חשוב להעריך אפשרות לכך, ובפרט הפרעות חרדה נוספות, דיכאון ושימוש בחומרים ממכרים, בעזרת שאלון פשוט ומהימן לאבחון של הפרעות חרדה בילדים ומתבגרים (Birmaher et al., 1997) ושל דיכאון (Covacs, 1985; Poznanski et al., 1984) ובשאלונים נוספים.

מרכיבי הטיפול

רוב הטיפולים הקוגניטיביים-התנהגותיים משלבים התערבויות לכל אחד מהגורמים שצוינו לעיל. אבני היסוד של הטיפול הן פסיכו-הדרכה בנוגע להפרעה, הבניה קוגניטיבית, עבודה על מיומנויות חברתיות, חשיפות מדורגות ושלב של מניעת חזרה (Albano, 2006; Chorpita, 2006). החלוקה המוצגת כאן סכמטית, שכן במציאות אין הפרדה מוחלטת בין אבני היסוד של הטיפול. כך, כבר בתהליך הפסיכו-הדרכה יש למעשה עבודה קוגניטיבית, במהלך העבודה הקוגניטיבית יש המשך למידה על ההפרעה, חשיפה גורמת אף היא לשינוי דפוסי חשיבה וכן הלאה.

פסיכו-הדרכה

שלב בסיסי בטיפול בחרדה הוא בדרך כלל הסבר על מהותה. בשלב זה מעודדים את התגייסות הילד ומשפחתו לתהליך הטיפולי ומספקים הסבר של ההפרעה ושל הרציונל של הטיפול, לרבות הצורך בחשיפות. במקרים רבים מופיעה הקלה מסוימת כבר בעקבות ההסבר והנרמול של ההפרעה. בשלב זה גם ייערך החוזה הטיפולי ובו יוצג מהלך הטיפול והנדרש מהילד וממשפחתו.

הבניה קוגניטיבית

מטרת ההבניה הקוגניטיבית היא ללמד את הילד לזהות מחשבות ולהבין את הקשר ביניהן ובין ההרגשה וההתנהגות שלו, כדי לתקן חשיבה מוטעית ולהחליף מחשבות שליליות במחשבות רציונליות יותר. כל הטיה מחשבתית (כגון חשיבה בשחור-לבן ["הכול או לא כלום"]), חיזוי העתיד, מזעור החיובי והגדלת השלילי) יכולה להופיע בהקשר של חרדה חברתית. אצל ילדים,

וביחוד אצל ילדים צעירים, עלולות להופיע כמה בעיות שכיחות בזיהוי מחשבות. הראשונה היא חוסר זיהוי מחשבות, בתשובות כגון "אני לא יודע"; "אין לי מחשבות". במקרה כזה אפשר לעודד את הילד בעזרת משחק לבטא מחשבות, לדוגמה, על ידי ציור של בועות מחשבה מעל דמויות מוכרות מסרטים. רצוי לא להוביל את הילד ו"לשתול" אצלו מחשבות. בעיה שכיחה נוספת היא בלבול בין מחשבות ורגשות. לדוגמה, על השאלה "מה המחשבה שעוברת לך בראש כשאתה חושב אולי לגשת לדבר עם הילדים בהפסקה?", יכול הילד לענות: "אני מפחד". דרך אחת להתגבר על המכשול הזה היא לעודד את הילד לדבר על מה שעלול לקרות לדעתו בעקבות מעשה כזה שלו: "מה יקרה אם תנסה לדבר עם הילדים שאתה מפחד לגשת אליהם?" – "הם בטח יצחקו עלי". בדרך של משחק אפשר ללמד את רוב הילדים למצוא מחשבות חלופיות, בתחילה למצבים שאינם מעוררי חרדה, ובהמשך גם למצבים שמעוררים אצלם את החרדה. לדוגמה, הוא יכול לחשוב שהילדים ישמחו לקראתו וירצו לשחק אתו. בהתאם לרמה ההתפתחותית של הילד אפשר לעבוד אתו על מתן סבירות לנכונות המחשבה הראשונית והמחשבה המתקנת. אפשר לעשות זאת באחוזים או במספרים מ-1 עד 10, או בדרך דומה. רצוי גם לאפשר לו לחשוב אם הוא יוכל להתמודד עם התרחיש השלילי שהוא חזה, ואם הוא זוכר שהוא או מישהו אחר התמודד בעבר עם מצב כזה. חלק מהילדים אינם נהנים מהתרגול של מציאת מחשבות חלופיות ורואים בכך לימוד "כמו בבית הספר". אחת השיטות לדרבן אותם לכך היא לדמות את התרגול לעבודה בלשית שבה הם הבלש שצריך לגלות את האמת.

חשיפה הדרגתית

חשיפה היא אחת מאושיות היסוד של העבודה בחרדה חברתית. כדי שחשיפה תהיה מוצלחת עליה לעורר חרדה, ועל הילד לחוש כי חרדה זו הולכת ופוחתת עם התקדמות התרגול. מטרת החשיפה ליצור התרגלות (הביטואציה) לסיטואציה מעוררת החרדה במהלך הפגישה ובין הפגישות (בעזרת המשך החשיפות). כדי להעריך אם אמנם חלה התרגלות יש להשתמש בכלי מדידה לרמת החרדה. כלי כזה יכול להיות סולם דמיוני בין 0 ל-10 (או בסקאלה אחרת), או סולם קונקרטי המצויר על דף שהילד רואה (מתאים לילדים צעירים) ויכול להצביע על המקום המציין את רמת החרדה שלו בעת המדידה. בכלי זה אפשר להיעזר גם כדי ליצור מדרג של הסיטואציות המפחידות או את "סולם הפחד", שהוא השלב הראשון בתהליך. חשוב לציין כי ילדים, ואף מבוגרים, בדרך כלל אינם אוהבים להיחשף למה שמעורר בהם פחד. רצוי להשתמש בעולם המושגים של הילד כדי להסביר לו את הצורך בחשיפה, ובצד זאת להעניק לו חיזוקים למיניהם כדי להגביר את המוטיבציה לתרגול החשיפות. כדאי לנקוט חיזוקים של עידוד ומתן שבחים או של חוויות משותפות עם ההורים ולא תמריצים יקרים. חשוב לבחור חשיפה שהילד יצליח לעמוד בה. אחרי החשיפה כדאי לשוחח עם הילד ולנתח אתו את התוצאות. האם הפחד בחשיפה היה גבוה כפי שהוא צפה מראש? האם אמנם התרחשה התוצאה השלילית שהוא צפה? האם הוא הצליח להתמודד טוב יותר ממה ששיער? מה יקרה לדעתו אם הוא ימשיך להתאמן על כך בבית? בדרך כלל חשיפות במקרה של חרדה חברתית מתחילות לרוב בתרגול עם המטפל ואחר כך בעולם המציאותי. חשוב להתקדם מעט בכל פעם, עם דגש על הכיוון יותר מאשר על הקצב.

במקרה שהילד אינו מדבר עם המטפל (אילמות סלקטיבית) יש לטפל בכך כשלב ראשוני. הטיפול הוא על פי העקרונות שהוצגו לעיל.

הקניית מיומנויות חברתיות

לילדים עם חרדה חברתית יש לעתים קרובות ליקויים במיומנויות חברתיות, בחומרה זו או אחרת. נושאים שכיחים בעבודה הם יצירת קשר עין, ויסות עצמת הקול, פתיחה בשיחה והמשך בה אל מול ילד בודד, הצטרפות לשיחה או למשחק של קבוצת בני הגיל, מיומנויות שיחה בטלפון, יצירת חברויות, אסרטיביות ועוד. חשוב להכיר את הסביבה החברתית של הילד, כך שהחשיפה והתרגול של המיומנויות החברתיות הנעשים מחוץ לחדר יהיו מוצלחים. כדאי שהילד ינסה לפתוח בשיחה עם ילד נחמד, ולא עם ה"בריון" של השכבה.

אחת השאלות החשובות המעסיקה את המטפלים היא, מהי המתכונת היעילה ביותר לטיפול בהפרעה זו. ככל הנראה, ילדים מעוניינים יותר בתוספת של מרכיב התערבות משפחתי, ואילו למתבגרים התערבות משפחתית אינה תורמת באופן מובהק ליעילות הטיפול. ייתכן גם כי לרמת החרדה של ההורים יש השפעה על תוצאות הטיפול, ומומלץ לערב יותר בתהליך הטיפולי הורים שהחרדה שלהם גבוהה. גם לשאלה אם טיפול פרטני יעיל יותר מטיפול קבוצתי, או להפך, אין כיום תשובה ברורה.

כשם שנדרשת גמישות בהתאמת המשקל היחסי של כל אחת מאבני הבניין לילד הספציפי ולמשפחתו, כך גם נדרשות גמישות ויצירתיות בעירוב סוכני שינוי (כגון הורים, צוות חינוכי וחברים) בעבור הילד כדי להתאים את הטיפול לילד בצורה המיטיבית.

הצגת מקרה

הערכה והמשגה

מתן בן תשע, תלמיד כיתה ג', הבן הבכור משלושה אחאים. מתגורר עם משפחתו. המשפחה פנתה לייעוץ בעקבות אירוע שבו בגלל איחור סירב מתן להיכנס לבית הספר. כשנה קודם לכן הציעה יועצת בית הספר להורים שיפנו לייעוץ מקצועי בגלל ביישנות של מתן והעובדה כי למרות יכולותיו הלימודיות הגבוהות הוא כמעט שאינו משתתף בכיתה. הוריו של מתן סברו אז שלמתן אין קשיים מיוחדים ושהביישנות תחלוף עם הזמן. הרקע לפנייה הנוכחית היה אירוע שבו טל, אמו של מתן, הסיעה אותו לבית הספר. בשל עבודות בכביש הם הגיעו באיחור לשער בית הספר. מתן היה שרוי בהתקף בכי וסירב להיכנס לבית הספר. טל שבה עם מתן לביתם ונאלצה לבטל יום עבודה.

ההיריון של מתן היה רצוי ומתוכנן והלידה הייתה במועד וללא סיבוכים. מתן מתואר כתינוק נוח ושקט. השיג את אבני הדרך ההתפתחותיות במועד לרבות רכישת השפה. בגן הילדים מתן מיעט לשוחח עם הגננת או המטפלות וענה לשאלות בקצרה. אף על פי שהיה לו חבר אחד טוב בגן, הוא נהג להתנדנד הרבה בחצר הגן ולצפות בילדים אחרים במשחקם. מתן רכש את הקריאה והכתיבה בקלות רבה עם הכניסה לכיתה א'.

בשיחה עם המחנכת תואר מתן כתלמיד מצטיין ושקט ללא הפרעות התנהגות. לעתים רחוקות הוא מצביע ומשתתף בכיתה. "כמעט שלא מרגישים בו", כדבריה. מתן מסיים לרוב בין הראשונים את המשימות הניתנות בכיתה, ולפעמים אף את שיעורי הבית. בהפסקה הוא מתרועע עם שני חברים בחצר ומשחק אתם בקלפים או בצעצועים שהם מביאים מהבית.

מתן משתתף בחוג כדורגל ובחוג קפוארה. בחוג הקפוארה הוא מתבייש להדגים או להשתתף ב"אודה" (ריקוד שבו נכנסים בכל פעם שני משתתפים אחרים למרכז של מעגל הריקודים). לעתים קרובות הוא מתלונן על כאבי בטן ומבקש לא ללכת לחוג. בכדורגל משחקו מתואר כפסיבי והוא מעדיף להיות בהגנה. פעם כשכמעט איחר לאימון כדורגל סירב להיכנס לחוג. מתן אינו הולך למסיבות כיתה ואינו מזמין חברים לביתו. בביקורים אצל חברים או אצל קרובי משפחה הוא אינו מצטרף לארוחה. מתן מעביר את רוב זמנו בבית בצפייה בטלוויזיה, בקריאה או במשחקי מחשב.

האם טל מתארת את עצמה כילדה ביישנית ומופנמת. היא גדלה בקיבוץ בתקופת הלינה המשותפת וזוכרת בכאב את התחושה שהוריה לא היו זמינים דיים בעבורה כשהייתה זקוקה להם. היא זוכרת היטב שנה בבית הספר היסודי שבו היא הוחרמה על ידי בני כיתתה ואת תחושת העלבון והעצבות שלוותה לכך. היא רואה מתפקידה לגונן על מתן ולתמוך בו כדי שלא יחוה את הכאב שהיא חוותה. כך למשל היא מזמינה חברים של מתן להתארח אצלם והיא זו שמתקשרת לבקש את השיעורים בימים שמתן מחסיר יום בבית הספר. טל עובדת בחצי משרה כרואת חשבון והיא זו שמשלחת את הילדים למסגרות החינוך ומקבלת אותם בצהריים. שחר, אביו של מתן, מתאר את עצמו בגאווה כאדם עצמאי וחרוץ מגיל צעיר. הוא גדל במשפחה מהמעמד הבינוני-נמוך בארה"ב, עלה לישראל בתור נער לאחר השתתפות במכבייה ונקלט בקיבוצה של טל. שחר שירת כקצין בתפקיד קרבי בצה"ל, ולאחר השלמת השירות הצבאי פנה ללימודי מחשבים ומתמטיקה. כיום הוא עובד בעמדה ניהולית בחברת מחשבים. הוא רואה את מתן כילד מפונק שנוגד עם כפית של כסף בפיו שאינו אוהב להתאמץ: "למה לו לצאת לבקר חברים אם בחדר שלו יש לו מחשב משלו, טלוויזיית פלזמה הכי טובה שיש וסוני פלייסטיישן?". לדעתו טל מקלקלת את מתן וכך הוא לא יוכל להתקדם בחיים ולהתמודד עם "מלחמת הקיום".

למתן אחים תאומים, בן ובת, בני שש. האחיות מתוארות על ידי ההורים כ"פלפלית" ועצמאית, ואילו אחיו מתואר כביישן וחרד. אח זה טופל בעבר בידי קלינאית תקשורת בשל קשיי דיבור. מלבד הפגישה עם מתן ופגישה עם הוריו כללה ההערכה הראשונית שיחה טלפונית עם היועצת ועם המחנכת של מתן, וכן מילוי שאלונים בתחום החרדה והדיכאון. השאלונים שנבחרו במקרה של מתן היו SCARED (Birmaher et al., 1997) והשאלון ע"ש ליבוויץ (Masia-Warner et al., 2003). ממצאי ההערכה העלו כי למתן חרדה חברתית בחומרה בינונית-גבוהה. הוא חווה מצוקה משמעותית במגוון של סיטואציות חברתיות וביצועיות ונמנע מחלק גדול מהן. לא הייתה עדות להסתמנות דיכאונית. כן נמצאה רמה תת-קלינית של חרדה ספציפית מפציעה וממחטים ובעברו של מתן הייתה חרדה מכלבים.

פסיכו-הדרכה

בשיחות הטיפוליות הראשונות ניתן למתן ולהוריו הסבר על הפרעות חרדה ובפרט על חרדה

חברתית. ניתנה לגיטימציה לתחושה של חרדה כתחושה נורמלית ומוכרת לכל אחד. הודגש שביישנות וחרדה חברתית נעות על רצף. מכיוון שמתן חווה מצוקה ונמנע מסיטואציות ביצועיות וחברתיות רבות, נראה כי קיימת אצלו חרדה חברתית שרצוי לטפל בה. נאמר להורים שילדים רבים חווים מה שחווה מתן ושטיפול מתאים עוזר במצבים כאלה. במסגרת הפסיכו-הדרכה הוצג מעגל החרדה המורכב ממחשבות, מתחושות גופניות ומהתנהגות הימנעותית, מרכיבים שכל אחד מהם מזין את השאר ומתחזק את החרדה, אך בה במידה, כל אחד מהם הוא מקור אפשרי להתערבות ולפריצת המעגל. דברים אלה הומחשו על פי שתי דוגמאות, אחת שאינה קשורה לחרדה של מתן ואחת – חרדה שמתן התגבר עליה. הדוגמה הראשונה היא של נער שמפחד ממעליות ובשל כך נמנע מלהשתמש בהן. בסיפור צוין שאכן מעליות מתקלקלות או נתקעות לעתים, אבל הנער שבו מדובר חושב שאין ספק שהמעלית תיתקע כשהוא יהיה בתוכה ומשוכנע שהוא לא ידע מה לעשות במקרה הזה. בכל פעם שהנער הזה רואה מעלית גוברת החרדה שלו. לכן הוא עולה במדרגות, ואז החרדה אמנם פוחתת לזמן-מה, אבל הבחירה לעלות במדרגות משמרת את הפחד ממעליות לטווח הארוך. נער זה עלול להפסיד דברים שהוא אוהב בגלל הפחד הזה, למשל לוותר על הליכה לחבר שגר בקומה ממש גבוהה. אם הנער ייחשף באופן הדרגתי לשימוש במעלית, החרדה שלו תגבר בהתחלה, אבל במשך הזמן היא תפחת והוא ילמד שהוא יכול לעלות במעליות ולא ייאלץ לוותר על דברים שהוא רוצה לעשות.

מתן נשאל על הפחד שלו מכלבים וענה שזה טיפשי בעיניו לפחד מכלבים ושהוא כבר לא מפחד. הוסבר לו שפחד מכלבים אינו טיפשי, זה פחד טבעי ונורמלי שעשוי להגן עלינו. טבעי לפחד מחיה גדולה בעלת שיניים חדות. כלבים לפעמים באמת נושכים או שורטים. אבל ילד שמפחד מכל כלב, תמיד, ובטוח שכל כלב שהוא רואה יתקוף אותו – ילד כזה מפחד יותר מדי, ובגלל זה מפסיד דברים שהוא יכול ליהנות מהם. הוסבר למתן כיצד החשיפה החוזרת שלו לכלב שבבית הובילה להיעלמות החרדה שלו וליכולת שלו לעשות דברים שקודם חשש לעשות. בדומה לכך, נאמר למתן, גם חרדה חברתית היא טבעית. זה טבעי לחשוש להיות במרכז תשומת הלב. כי אם אנו במרכז תשומת הלב אנחנו עלולים לקבל ביקורת. אבל אם החשש הזה גדול מדי, ואם בגללו אנחנו נמנעים מדברים שאנחנו רוצים בהם, אז כדאי להתאמן ולהתמודד עם החרדה. כמו שמתן הצליח להתגבר על הפחד מכלבים, הוא יוכל להצליח לנצח את החשש החברתי.

בפני ההורים טל ושחר הודגש במסגרת הפסיכו-הדרכה, שהורים אינם מכירים לגמרי את עולם המחשבות של ילדם, בייחוד אם הילד מופנם, ושפעמים רבות הם מגיבים להתנהגות של הילד על פי הפרשנות שהם מעניקים לה. צוין שלא פעם ההורים מגיבים לילד חרד במעין חלוקת תפקידים: אחד בוחר בתפקיד המגונן והשומר והאחר ממלא את תפקיד המדרבן לעשייה, מבלי להכיר בפחד של הילד. מצב זה מנציח את עצמו, כי אם שחר למשל חושב שטל מפנקת את מתן ושרק עליו מוטלת האחריות להכין את מתן לחיים, הוא יהיה קיצוני יותר בעמדתו. לעומתו, טל תחשוב, "רק אני מבינה את הילד שלי, רק אני יכולה לשמור עליו", ולכן היא מתבצרת בעמדתה. ה"טנגו" הזה לא תורם למתן. הרי מתן אינו "עושה דווקא", נאמר לאביו, הוא באמת חרד. הוא נשאר בבית לא משום שהוא מפונק אלא מפני שהוא חושש להצטרף לילדים אחרים או להזמינם לביתו. הוא אינו מצביע בכיתה לא מעצלנות אלא בגלל פחד מביקורת. לטל הוסבר שהגנה מוגזמת מצדה, כגון קיום שיחות טלפון במקום מתן, בשמו, מונעת ממנו את האפשרות

להתנסות במצבים מעוררי החרדה ולהתמודד אתם – מתן עצמו ממשיך לפחד ואין לו הזדמנות להתגבר על חששותיו ולהתאמן בכישוריו החברתיים. הוצע שההורים ינסו להתחלף קצת בראייה ובתפקידים או לפחות להתקרב כל אחד לעמדה של האחר, לטובת מתן. צוינו בפניהם החוזקות של מתן – האינטליגנציה הגבוהה, העובדה שהוא ילד נאה וספורטיבי והתמיכה הרבה והגיוס של משפחתו לעזרתו.

עתה פורטו מסגרת הטיפול מבחינת הזמן ומבחינת התהליך, וצוין שעל מתן ומשפחתו יהיה למלא מטלות בין הפגישות. הובהר כי מטרת הטיפול אינה לערוך שינוי אישיותי מרחיק לכת במתן. הוא ככל הנראה לא יהיה מסמר הערב במסיבות, אבל הוא בהחלט יוכל להיות מיומן יותר מבחינה חברתית ולהימנע פחות מסיטואציות חברתיות. מטרת הטיפול באופן כללי היא לאפשר למתן עצמו לבחור את המצבים שהוא רוצה להשתתף בהן ולא לתת לחרדה להכתיב לו במה להשתתף וממה להימנע. מטרת ספציפיות שנבחרו עם מתן ומשפחתו הן להתקשר לחבר, להזמין חברים הביתה ולהצביע בכיתה.

הבניה קוגניטיבית

תהליך העבודה עם מתן כלל כמה שלבים. בשלב הראשון הודגשה ההפרדה בין רגשות ומחשבות. מתן למד לזהות רגשות שונים בעזרת תמונות וציורים של ילדים וחיות. הוא למד לזהות את הסימנים הגופניים למיניהם המתלווים לרגשות המתעוררים אצלו ובפרט לרגש של חרדה. הסימנים העיקריים של חרדה אצל מתן הם התכווצות בשרירי הבטן ויובש בפה. בהמשך שוחחו מתן והמטפל על העובדה שיכולים להתעורר רגשות שונים כלפי אותו האירוע. למשל, ילד שקיבל ציון 90 במבחן בחשבון יכול להיות שמח מאוד ואילו ילד אחר יכול להיות עצוב. ההבדל הוא במחשבות שיש להם. הראשון חושב, "הצלחתי, כי למדתי ופתרתי נכון כמעט את כל התרגילים"; ואילו השני חושב, "איזה טיפש אני שלא פתרתי נכון את כל התרגילים". המחשבות משפיעות על האופן שאנחנו מרגישים. ילד שחושב שכלבים הם מסוכנים ומפחידים ירגיש חרדה כשיראה כלבלב, וילד שיחשוב שכלבים הם חיות חמודות שכיף לשחק אתן, ירגיש שמחה כשיפגוש כלבלב. מתן התבקש להציע מחשבות שונות למצבים דמיוניים, שאינן מעוררות אצלו חרדה. בהמשך ההתמקדות הייתה במחשבות מעוררות החרדה של מתן. המטפל אמר לו שהוא יודע שהעבודה על המחשבות הללו אינה קלה ושהיא מעוררת רגשות לא נעימים, אך ציין שהם בכל זאת משוחחים על כך כדי לאפשר למתן להרגיש טוב יותר בהמשך. טעויות החשיבה העיקריות ששבו ועלו אצל מתן היו חיזוי העתיד וחשיבה קטסטרופלית. לדוגמה, הוא ציין היא שאם הוא יצביע וידבר בכיתה הוא בטוח יגיד שטות.

מטפל: עד כמה אתה בטוח בכך שזה יקרה?

מתן: במאה אחוז.

מטפל: האם זה כבר קרה לך פעם?

מתן: לא.

מטפל: האם קרה לך שהצבעת ולא אמרת שטות?

מתן: כן, דיברתי בשיעור חשבון והמורה אמרה לי, "כל הכבוד".

מטפל: יוצא שאתה חושש ומפחד ממהו שבעצם לא קרה, ואפילו יש לך הוכחה שההפך הוא הנכון.

מתן: נכון, אבל יכול להיות שבפעם הבאה שאני אדבר תצא לי שטות.

מטפל: ונגיד שזה באמת יקרה, מה נורא בזה?

מתן: כולם ישימו לב.

מטפל: ואם זה באמת יקרה, מה נורא בזה?

מתן: כולם יחשבו שאני טיפש.

מטפל: האם יש לך איזה הוכחה שאתה לא טיפש?

מתן: אני התלמיד הכי טוב בכיתה בחשבון, ויש לי ציונים טובים בכל המקצועות.

מטפל: נכון, אז כמה מתוך 100 אחוז אתה מאמין שיחשבו שאתה טיפש?

מתן: 80 אחוז.

מטפל: אבל בוא רק נחשוב "בכאילו" שתגיד שטות בכיתה ויחשבו שאתה טיפש. מה יהיה נורא בזה?

מתן: כולם יצחקו עלי.

מטפל: ואז מה יקרה?

מתן: אף אחד לא ירצה להיות חבר שלי.

מטפל: זה באמת מאד לא נעים. האם אתה בטוח בזה? האם יכול להיות שמישהו ירצה להיות חבר שלך גם אם תגיד משהו לא נכון בשיעור?

מתן: אני חושב שעידו ימשיך להיות חבר שלי. וגם האחים שלי יהיו חברים שלי.

הקניית מיומנויות חברתיות

העבודה עם מתן כללה למידה ותרגול של מיומנויות לא-מילוליות ומילוליות. הוא תרגל דיבור בקול רם ולא בשקט ובלחש (כפי שעשה בתחילה).

אחר כך עבדו מתן והמטפל על יצירת קשר עין בעת הדיבור. מתן סיפר שהוא יכול להסתכל אל בני משפחתו כשהוא מדבר אתם אך קשה לו יותר עם זרים. הוא קיבל בהומור את בקשתו של המטפל "להתקבל למשפחה". בהדרגה הוא היה יכול לתרגל זאת גם מחוץ לחדר. המיומנות השלישית שמתן רכש במשחקי התפקידים הייתה שיחת טלפון אל חבר. איך מברכים לשלום, על מה משוחחים (אפשרויות שמתן מצא: על בית הספר, על תוכניות טלוויזיה, על החוג), איך מדברים לפי תור בטלפון ואיך מסיימים את השיחה.

בניית סולם חרדות וחשיפה הדרגתית

אחרי שלמתן ולהוריו הוסבר מהו סולם חרדות, עברו המטפל ומתן לציין בפגישה מצבים המעוררים חרדה אצל מתן. המשימה שניתנה הביתה היתה להרחיב את הרשימה ולדרג כל מצב

על פי רמת החרדה שהוא מעורר. הדירוג נעשה בעזרת "מד-פחד" (שמתן קרא לו "פחדומטר") ובו 0 מציין חוסר חרדה ו-10 מציין את שיא החרדה.

סולם החרדה של מתן

3	לדבר בקול רם ברחוב
4	לקנות במכולת שליד הבית
5	להציע משקה קל לאורחת
5	לאכול ליד אנשים שאני לא מכיר טוב
6	להתקשר לחבר לשאול על שעורי בית
6	להצטרף לחברים במשחק בהפסקה
7	להזמין חבר הביתה
7	להצביע בכיתה
8	לארח כמה חברים
10	לאחר לשיעור קפוארה
10	לאחר לשיעור בכיתה

לפני תחילת כל פגישה ניתן ציון חדש של חרדה לכל אחד מהפריטים בסולם הראשוני, והיה אפשר להוסיף לסולם פריטים חדשים (למשל, לקנות כרטיס אצל נהג אוטובוס). הצורך בחשיפה הוסבר למתן בעזרת דוגמה מעולמו הרגשי – ספורט. "אי אפשר להצליח בכדורסל רק אם מדברים עליו. אתה יכול להסביר לי שצריך לכדרר, ושאסור ללכת עם הכדור אבל כן מותר לעשות צעד וחצי, אבל אם אני לא אלך למגרש ואנסה את זה בעצמי עם הכדור, איך אדע שאני יכול להצליח?".

החשיפה הראשונה הייתה לדיבור בקול רם במהלך הפגישה בחדר. מתן דיבר בקול רם עם המטפל, וכעבור כמה דקות ירדה רמת החרדה ב"פחדומטר" מ-3 ל-0. בסיום הפגישה נראה שמתן חש משוחרר יותר, וכשיצא מהחדר אפילו כדרר בכדור שהביא לפגישה.

בין הפגישות הראשונות תרגל בעזרת משפחתו. הוא דבר בקול רם ברחוב עם הוריו ובהמשך נכנס למכולת השכונתית וביקש לקנות קלפי משחק. מתן דווח על תחושת חרדה נמוכה ביותר במשימות אלו (0-1). ואולם, הוא לא עבר למשימות הקשות יותר (להזמין חבר הביתה, ללכת לחבר, להצטרף בהפסקה למשחק) וטען שאין לו כוח ללכת רחוק, שאין לו חשק להיפגש עם החבר וכו'. הפגישה התמקדה בהיבטים קוגניטיביים. מתן חשב שמי שמפחד הוא פחדן, ומי שאינו מפחד הוא גיבור. יחד עם המטפל לובנה התפיסה, שמי שאינו מפחד אינו גיבור, אלא דווקא מי שמפחד ומתגבר הוא הגיבור האמיתי. מתן המשיך בחשיפות למצבים חברתיים שונים. הפעם רמות החרדה התחילו שדווח עליהן היו גבוהות יותר. הוא סיפר שהציע לחברה של אמו מים והרגיש חרדה בעוצמה של 7, ובעקבותיה הקלה. להבא כשהגיש משקה הייתה החרדה מלכתחילה בעוצמה נמוכה יותר (אמו שיתפה פעולה והזמינה לביתם יום את השכנה, שתמיד שמחה לקבל כוס מים). חלה גם ירידה בעוצמת החרדה שמתן חש ביחס לפריטים שהוא טרם תרגל חשיפה אליהם.

בליל הסדר קרא מתן מתוך ההגדה של פסח וחש גאווה רבה על כך. הוא המשיך בחשיפות

וניכר שיפור במיומנויות החברתיות. הוא הכין עבודה על קבוצת הכדורגל האהובה עליו, הציג אותה לפני המטפל, ואחר כך לפני כל הכיתה. הוא סיפר שחש התכווצות שרירים בבטן, אך המשיך לדבר. את יום הולדתו חגג מתן בביתו עם שלושה חברים, והם נשארו לישון אצלו. בשלב זה הוחלט יחד לערוך סיכום לקראת הפרידה הצפויה ולעבוד על שמירת ההישגים ומניעת חזרה.

סיום ומניעת חזרה

בפגישה משותפת עם מתן והוריו נערך סיכום של התהליך עד כה. צוינו בה ההישגים היפים שמתן השיג, ובשיחה שהנחה המטפל ציינו מתן והוריו שני גורמים שתרמו להתקדמות של מתן – החשיפות המדורגות והתובנה של מתן ש"גיבור הוא מי שמפחד אבל מתגבר". בפגישה סוכם על דילול הפגישות לקראת הפרידה הצפויה, הודגשה החשיבות של המשך תרגול ואימון והובהר ההבדל בין הידרדרות קלה או ירידה קלה במצב הנפשי (Lapse) לבין הישנות הבעיה (Relapse). החשיפות הבאות תוכננו להיות כאלו שבמרכזן "פאשלה": – איחור לחוג, איחור לבית הספר, הפלת קלמר בעת השיעור. מתן סירב לאחר בכוונה לבית הספר או לחוג אך הסכים להפיל את הקלמר בכיתה.

ב"מסיבת הסיום" לכבוד הפגישה האחרונה סיפר מתן למטפל שהוא זכה בפרס מהוריו – הם ילכו אתו לראות משחק כדורגל של הקבוצה שהוא אוהד.