

Katarzyna Grzechnik<sup>1</sup>, Agata Pękacz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Drewnica” w Ząbkach

<sup>2</sup>Świetlica Socjoterapeutyczna w Warszawie

# Tendencyjność uwagi w przetwarzaniu treści zagrażających u pacjentów z napadami paniki

*Attentional bias in the processing of threatening stimuli by patients suffering from panic disorder*

## Abstract

The purpose of this article is to present cognitive concepts on panic disorder as well as to review studies concerning attentional bias in the processing of threatening stimuli by patients suffering from panic disorder. It has been indicated, that anxiety related conditions are related to selective processing of information and a learned tendency to focus on only some stimuli — particularly those that are negative. *Psychiatry 2008; 5: 58–64*

**key words:** anxiety, panic disorder, reaction to threatening stimulus, attentional bias

## Wstęp

### Charakterystyka lęku i zaburzeń lękowych

Wszyscy odczuwamy lęk i strach. Obydwa te uczucia są częścią ludzkiego doświadczenia. Wszyscy poczulibyśmy strach na widok pędzącego wprost na nas samochodu. Wszyscy też odczuwamy lęk przed zbliżającym się egzaminem, do którego nie jesteśmy odpowiednio przygotowani. Lęk to uczucie niepokojącej niepewności. Jest to wszechogarniający i negatywny stan emocjonalny, stan podwyższonego pobudzenia. Jest to emocja, którą przeżywa każdy człowiek w mniejszym lub większym stopniu; uniwersalne zjawisko doświadczane przez ludzi podczas całego życia. Wiąże się z nieprzyjemnym doświadczeniem wywołanym przez obawy. Jego pierwotna funkcja sprowadza się do adaptacji: jest niezbędny do przetrwania i staje się reakcją mobilizacyjną. Lęk w znaczeniu patologicznym może kreować wiele następstw, które powodują pogorszenie codziennego

funkcjonowania. Często pojawia się bez wyraźnej przyczyny, bywa uporczywy i nieostry w czasie. Nie ma ewidentnych granic. Może być przewlekły i o niejasnym początku. Wywołuje stan wzmożonej czujności. Zagrożenie jawi się jako dalekie i nieokreślone. Składa się z 4 składników (inaczej elementów) [1]. Elementem poznawczym lęku jest oczekiwanie niesprecyzowanego zagrożenia, jednostka ma wrażenie, że może zdarzyć się coś strasznego, ale nie wie, co to może być. Jeśli chodzi o somatyczne aspekty lęku, są one zewnętrzne i wewnętrzne.

Lęk jest podtrzymywany przez wybiórczą uwagę, objawy fizjologiczne oraz zmiany w zachowaniu. Powstaje w odpowiedzi na zagrożenie z zewnątrz. U jego podłoża leżą czynniki biologiczne, genetyczne, rozwojowe i osobowościowe powodujące wystąpienie różnych form zaburzeń lękowych w zetknięciu z aktualną sytuacją życiową. O zaburzeniach lękowych mówimy wtedy, kiedy lęk i strach przeszkadzają w normalnym funkcjonowaniu.

Według klasyfikacji DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) lęk określany jest jako nieprzyjemne doznanie emocjonalne spostrzegane jako obawa przed przyszłymi i szkodliwymi dla

Adres do korespondencji:  
mgr Katarzyna Grzechnik  
ul. Jana Olbrachta 13/36, 01–108 Warszawa  
tel.: 696 011 565  
e-mail: kasiaaaaag@gmail.com

osoby zdarzeniami. Zaburzenia lękowe charakteryzują się częstotliwością, intensywnością, uporczywością objawów, które nierzadko współwystępują. Objawy te to między innymi: ciągły niepokój, że coś złego przydarzy się nam lub naszym bliskim, paraliżujący, choć zupełnie nieuzasadniony, strach przed konkretnymi bodźcami, sytuacjami oraz obezwładniające napady lęku i przerażenia. Te wszystkie objawy zakłócają funkcjonowanie społeczne i zawodowe osoby cierpiącej z ich powodu. Wśród zaburzeń lękowych w DSM-IV wyróżnione są: lęk paniczny, lęk paniczny z agorafobią, fobia społeczna, specyficzne postaci fobii, zaburzenie lękowe uogólnione, zaburzenie stresowe pourazowe, ostra reakcja na stres, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne oraz zaburzenia lękowe nieokreślone [2].

Według DiTomaso i Gosch [3] istnieje kilka czynników, które predysponują jednostkę do zaburzeń lękowych, na przykład: dziedziczenie, stany chorobowe, traumatyczne doświadczenia, umiejscowienie kontroli, nadopiekuńczość ze strony rodziców, opiekunów z dzieciństwa, narażenie na działanie substancji toksycznych (wdychanie trujących oparów), przyjmowanie stymulantów i innych substancji psychoaktywnych, przytłaczające problemy życiowe, długotrwałe stresory, wydarzenia aktywujące. Czynników tych jest bardzo dużo, jednak w artykule skoncentrujemy się przede wszystkim na tym, jak z perspektywy poznawczej rozwija się lęk.

U osoby cierpiącej na zaburzenie lękowe może wystąpić gęsia skórka, osoba ta może się pocić, być blada, może pojawić się u niej drżenie kończyn. Reakcje wewnętrzne nie są widoczne. Zasoby wewnętrzne organizmu znajdują się w stanie pogotowia, czego wynikiem jest ucieczka. Uaktywnia się współczulna część autonomicznego układu nerwowego. Powoduje to przyspieszone bicie serca, skurcz śledziony oraz zwiększone wydzielanie czerwonych ciałek krwi w celu zwiększenia ilości tlenu. Następuje przyspieszenie i pogłębienie oddechu, wydzielanie adrenaliny z nadnerczy do krwi. Może dojść również do utraty kontroli nad pęcherzem. Element emocjonalny obejmuje dziwne uczucie w żołądku oraz przerażenie. Jednostka czuje się zagrożona. Nie wie, co robić. Na ogół człowiek jest bardziej świadom składników emocjonalnych niż wewnętrznych procesów fizjologicznych, które się w takiej sytuacji uruchamiają. Ostatnim elementem jest element behawioralny, który wyraża się w ucieczce lub walce. Jednostka szuka wskazówek, które pozwolą jej rozpoznać zagrożenie, będąc w gotowości do walki lub ucieczki.

Według Becka lęk wynika ze zniekształcenia przetwarzania informacji w kierunku zaabsorbowania zagro-

żeniem przy równoczesnym niedocenianiu umiejętności radzenia sobie z nim. Bodźce sensoryczne podlegają interpretacji w świetle utwalonych struktur powstałych w przebiegu rozwoju jednostki — schematów poznawczych. Te schematy aktywują moduły, tak zwaną sieć powiązań poznawczych, efektywnych, wolicjonalnych i behawioralnych komponentów. W lęku patologicznym schematy są zniekształcone w kierunku postrzegania zagrożenia. Ważną rolę odgrywa ocena poznawcza zagrożenia. W ocenie pierwotnej na bodziec zagrażający reagujemy w sposób automatyczny, natomiast w czasie oceny wtórnej aktywowane są zasoby radzenia sobie jednostki przyswojone w procesie uczenia się.

Zaburzenia lękowe dotyczą przeciętnie 1 na 10 osób. Są bardziej powszechne u kobiet, niż u mężczyzn. W populacji pacjentów zgłaszających się do poradni u ponad 30% mamy do czynienia z zaburzeniami emocjonalnymi. U ponad 10% występują zaburzenia lękowe w połączeniu z somatyzacją. Pacjenci z zaburzeniami lękowymi siedmiokrotnie częściej korzystają z pomocy medycznej w porównaniu z innymi osobami z zaburzeniami psychicznymi. Pojawiający się w różnym natężeniu lęk szacowany jest u 5–10% populacji.

Według DSM-IV zaburzenia lękowe dzieli się na zaburzenia lęku panicznego z i bez agorafobii, agorafobię, fobie specyficzne, fobię społeczną, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zespół stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*), ostre zaburzenia stresowe, uogólnione zaburzenie lękowe (GAD, *generalized anxiety disorder*), zaburzenia lękowe spowodowane ogólnym stanem zdrowia, zaburzenia lękowe spowodowane substancją oraz zaburzenia lękowe niesklasyfikowane gdzie indziej (NOS, *not otherwise specified*) [2]. W niniejszym artykule skupimy się na zaburzeniach lęku panicznego, który w aspekcie tendycyjności uwagi w przetwarzaniu treści zagrażających wydaje się być interesujący pod kątem przeprowadzonych badań i otrzymanych wyników.

### **Charakterystyka zaburzenia lęku panicznego**

Według kryteriów DSM-IV osoba, u której zdiagnozowano zaburzenie lęku panicznego, doświadczyła nagłego ataku paniki i odczuwa poważny lęk przed możliwością wystąpienia kolejnego napadu. Według DSM-IV atak paniki definiowany jest jako okres intensywnego strachu, któremu towarzyszą co najmniej 4 z 13 objawów somatycznych lub poznawczych (między innymi: przyspieszona akcja serca, ból w klatce piersiowej, strach przed śmiercią, uczucie dławienia się, suchość w jamie ustnej, zawroty głowy, strach

przed utratą kontroli, nudności lub nieprzyjemne duszenie w klatce piersiowej). Typowy atak paniki nadchodzi niespodziewanie i bardzo gwałtownie osiąga maksymalne natężenie. Trwa zazwyczaj około 10 minut. Towarzyszy mu poczucie zagrażającego nagle niebezpieczeństwa oraz pragnienie natychmiastowej ucieczki. Obawa przed wystąpieniem kolejnego napadu jest bezpośrednim powodem korzystania z pomocy specjalisty przez osoby cierpiące na to zaburzenie.

### ***Skąd bierze się zaburzenie lęku panicznego?***

Clark [4] wprowadził model poznawczy lęku, który opiera się na podejściu farmakologicznym i neurochemicznym. Według niego ataki paniki występują wskutek błędnej, katastroficznej interpretacji pewnych doznań cielesnych, takich jak przyspieszone bicie serca, zawroty głowy, nudności, brak tchu. Przykładem takiej błędnej interpretacji jest przekonanie zdrowej osoby, że przyspieszony rytm serca doprowadzi do zawału. Różne bodźce zewnętrzne (poczucie uwięzienia w zatłoczonym autobusie) lub wewnętrzne (na przykład wyobrażenia, myśli lub objawy somatyczne) są postrzegane przez osobę jako zagrażające i wywołują u niej przerażenie. Stanowi przerażenia towarzyszą różne objawy somatyczne interpretowane w sposób katastroficzny, które podnoszą dodatkowo poziom obaw i intensywność odczuć somatycznych.

W literaturze można znaleźć jeszcze kolejne 3 podejścia do lęku panicznego: teoria oczekiwania (*expectancy theory*) Reissa i McNally'ego, model warunkowania interoceptywnego Goldsteina i Chambless oraz teoria uczenia się Boston [4].

Teoria oczekiwania mówi, że lęk i unikanie związane są z oczekiwaniem tego, co może się zdarzyć oraz wrażliwością (czyli dlaczego ktoś obawia się przewidywanego wydarzenia). Założono, że z powodu większej wrażliwości pacjent z rozpoznaniem lękiem panicznym obawia się objawów towarzyszących lękowi. Twórcy tej teorii określają wrażliwość na lęk jako jedno z irracjonalnych przekonań i porównują swoją teorię do teorii poznawczej Clarka. Według McNally'ego [5] wrażliwość na lęk jest trwałą skłonnością do dokonywania katastroficznych interpretacji doznań somatycznych. Z teorii tej wynika, że osoby o dużej wrażliwości na lęk wierzą, że stan podwyższonego wzbudzenia sam w sobie może mieć szkodliwe skutki.

Goldstein i Chambless [4] stwierdzili, że pewne wewnętrzne doznania cielesne stają się bodźcami do warunkowej reakcji napadu paniki, która prowadzi z kolei do rozwoju strachu przed lękiem. Teorię tę określili jako warunkowanie interoceptywne: ludzie, którzy do-

świadczyli jednego lub kilku napadów paniki, nabierają niezwyklej czujności wobec własnych doznań i interpretują odczucie łagodnego pośredniego lęku jako oznakę zbliżającego się napadu paniki. Reagują na tę sytuację takim lękiem, że niemal zawsze dochodzi do wywołania epizodu paniki, którego cały czas tak bardzo się obawiają. Wynika z tego, że stan wzbudzenia fizjologicznego pacjenta staje się dla niego bodźcem warunkowym potężnej reakcji w postaci napadu paniki. Teoria ta jest jednak kwestionowana między innymi przez McNally'ego? [6], który twierdzi, że pojęcie „lęku przed lękiem” w zespole paniki bardzo trudno opisać w kategoriach warunkowania interoceptywnego. Nie jest bowiem jasne, jak oddzielić i zidentyfikować bodziec warunkowy od reakcji warunkowej i bodziec bezwarunkowy od reakcji bezwarunkowej. Kolejną teorią jest teoria uczenia się. Bouton i wsp. [7] odróżniają lęk, czyli przewidywany stan emocjonalny mający za zadanie przygotować osobę na zdarzenie niosące dla niej zagrożenie, od paniki, czyli stanu emocjonalnego, który ma na celu poradzenie sobie z aktualnym zdarzeniem, które niesie za sobą zagrożenie dla tej osoby. Według twórców teorii uczenia się, napady paniki rozwijają się, ponieważ ekspozycja na takie napady powoduje uwarunkowanie lęku na sygnały dochodzące z wewnątrz i z zewnątrz. Uwarunkowany lęk umożliwia wystąpienie kolejnego napadu paniki, staje się więc jej prekursorem. W teorii uczenia się napadów paniki wzięto pod uwagę wiele czynników podatności na to zaburzenie, które mogą dodatkowo uwrażliwić człowieka na warunkowanie. Do czynników tych należą między innymi: doznanie we wczesnym okresie życia nieprzewidywalnych i wymykających się spod kontroli zdarzeń oraz sytuację, kiedy skupiamy się na określonych doznaniach somatycznych, które prowadzą do uczenia się przez obserwację.

Mineka i Kihlstrom [6] uważają również, że przewidywalność i stopień poczucia kontroli mają wpływ na rozwój zaburzeń lękowych. Rodzaje przewidywań dotyczących nadchodzącego niebezpieczeństwa (na przykład: jeśli moje serce bije za szybko, to na pewno oznacza, że będę miał zawał) lub przewidywanie napadu paniki (na przykład: jeśli wejdę do tego sklepu, na pewno będę miał napad paniki), również mają wpływ na rozwój oraz przebieg choroby.

Kolejnym ważnym czynnikiem jest poczucie kontroli, gdyż oczywiste jest, że osoby mające poczucie większej kontroli nad reakcjami swojego organizmu, mają mniejszą tendencję do rozwinięcia zaburzeń lękowych. Powyższe teorie dają pogląd na procesy zachodzące w naszym organizmie często poza naszą kontrolą. Wie-

lu badaczy zajmujących się szukaniem podłoża zaburzenia lęku panicznego sprawdzało, jak nasze spostrzeżenie, uczenie się, tendencyjność uwagi (*attentional bias*) — inaczej zakotwiczenie na niektórych bodźcach, wpływa na wystąpienie zaburzeń lękowych lub ich utrwalenie.

### Przegląd badań

W eksperymentach poświęconych przetwarzaniu informacji wykazano, że pacjentów z zespołem lęku panicznego cechuje zniekształcenie interpretacji doznań somatycznych, uwagi i pamięci oraz ukierunkowanie na przetwarzane zagrożenie [5].

Prekursorem badań dotyczących przetwarzania informacji i procesów uwagi oraz reakcji na bodźce był Stroop. Opracował test, który w wersji podstawowej służył do badania procesów uwagi. Osobie badanej prezentowano kartki z wyrazami (nazwy kolorów: czerwony, żółty, niebieski) napisanymi w różnych kolorach. Zadaniem badanego było określenie, jakim kolorem napisany jest wyraz. Osobom tym trudniej było określić kolor wyrazu, jeśli sam wyraz oznaczał inny kolor (na przykład: wyraz czerwony napisany był na żółto) niż jeśli kolorem żółtym napisano na przykład XXXXXX [8].

Obecnie używa się zmodyfikowanej wersji testu Stroopa. Między innymi osobom z zaburzeniami lękowymi pokazuje się kolorowe słowa o zabarwieniu pozytywnym (zabawa), neutralnym (lampa) oraz negatywnym (wypadek). Zadaniem badanej osoby jest określenie koloru prezentowanych im słów. W wynikach badań wykorzystujących zmodyfikowany test Stroopa wykazano, że u pacjentów z napadami paniki występuje tendencyjność uwagi w przetwarzaniu bodźców zagrażających. Potrzeba im więcej czasu, by nazwać kolory słów wiążących się z zagrożeniem niż kolory słów neutralnych lub pozytywnych [5, 6]. Wynika z tego, że badani wybiórczo przetwarzają informacje o zagrożeniu, gdyż zwracają uwagę na daną informację tylko wtedy, gdy jest ona dla nich znacząca.

Kolejni badacze: McLeod, Mathews i Tata [9], którzy również podjęli się modyfikacji narzędzia Stroopa, uzyskali podobne wyniki do wyników badań McNallygo. Prezentowali osobom cierpiącym na zaburzenia lękowe słowa tematycznie związane ze stanem emocjonalnym, w jakim znajdowały się te osoby (słowa „lękorodne”) oraz słowa neutralne i nacechowane pozytywnie. Okazało się, że dla badanych z zaburzeniami lękowymi najtrudniejsze było określenie koloru słowa „lękorodnego”. Wniosek z tego, że ludzie tacy bardziej skupiają swoją uwagę na bodźcach im zagrażających (słowa semantycznie związane z odczuwanym przez nich dyskomfortem) niż lu-

dzie niecierpiący na te zaburzenia. Wynika to ze specyfiki zaburzenia, którą przedstawiono w poprzedniej części pracy.

Dość istotne miejsce wśród badaczy sprawdzających szybkość reakcji na bodźce „lękorodne” u pacjentów z zaburzeniami lękowymi, w tym przede wszystkim napadami paniki, zajmuje Fox, która wraz z zespołem stworzyła metody badawcze służące do pomiaru selektywnego zaangażowania w przetwarzanie bodźców zagrażających (*visual search task*) oraz do pomiaru selektywnego odłączania uwagi od bodźców zagrażających (*disengage task*). Pokazując osobom badanym na ekranie komputera zestawy 4 twarzy (takich samych lub jednej różniącej się od pozostałych), prosiła o ocenę, czy wszystkie twarze były takie same, czy też jedna różniła się od pozostałych. Okazało się, że osoby badane (pacjenci z zaburzeniami lękowymi) szybciej reagowały na ekspozycje, w których różniącą się od pozostałych twarzy była twarz wyrażająca złość, więc stanowiąca zagrożenie. Również poprawność odpowiedzi była w tej sytuacji większa [10].

Kolejną istotną i wartą wspomnienia teorią jest koncepcja „katastroficznej nadinterpretacji” (*catastrophic misinterpretation*) bodźców. Pokazuje ona, że pacjenci cierpiący na napady lęku panicznego błędnie interpretują nieszkodliwe bodźce jako zagrażające. Proces ten występuje w momencie, gdy mają za zadanie zinterpretować bodziec, którego pochodzenie jest im nieznane. Natomiast w sytuacji, gdy pacjent z napadami paniki odbiera symptomy lęku na przykład podczas rozmowy o pracę, nie wpada on w panikę, ponieważ źródło symptomów jest oczywiste, daje się w sposób logiczny zinterpretować.

W badaniu nad tendencją do nadinterpretacji zagrożenia McNally i Foa [11] skonstruowali badanie, w którym instrukcja oparta była na pracy Butlera i Mathewsa [12]. Zawierała scenariusze o nieokreślonej, nienacechowanej emocjonalnie treści, w których kluczowy był wewnętrzny bodziec („Odczuwasz ból w okolicy klatki piersiowej. Dlaczego?”) oraz bodziec zewnętrzny („Obudziłeś się nagle w nocy, sądząc, że słyszysz hałas, ale panuje spokój. Co myślisz po przebudzeniu?”). Pacjentów podzielono na 2 grupy: cierpiących na agorafobię oraz grupę kontrolną. Każda z grup po usłyszeniu scenariusza miała zanotować taką odpowiedź, jaka się nasuwała pierwsza. Było to pytanie otwarte. Następnie badacze podali 3 możliwe odpowiedzi na każdy ze scenariuszy. Tylko jeden z nich zawierał treści zagrażające („lękorodne”). W przeciwieństwie do grupy kontrolnej, pacjenci cierpiący na agorafobię, odpowiadając na pytanie otwarte, udzielili odpowiedzi nacechowanej

„lękorodnie”. Spośród odpowiedzi podanych przez badaczy chorzy z agorafobią również wybrali jako pierwszą odpowiedź nacechowaną treściami zagrażającymi. Poprzez wyniki tych badań pokazano, że tendencja do interpretacji zagrożenia nie jest jednoznaczna dla bodźca wewnętrznego. Pacjenci z agorafobią dodatkowo interpretują bodźce zewnętrzne jako zagrażające. W replikacji tego badania wykonanej przez Clarka, Salkovskisa, Kohlera i Geldera okazało się, że tylko pacjenci z napadami paniki interpretują niejasne odczucia z ciała jako zagrażające. Okazało się, że ogólne, społeczne symptomy oraz te, które pojawiły się bez zaskoczenia, nie były interpretowane przez osoby cierpiące na napady paniki jako zagrażające. Biorąc pod uwagę te wyniki, można stwierdzić, że pacjenci z napadami lęku z lub bez agorafobii wykazują tendencję do interpretacji niejednoznacznych informacji jako zagrażających, ale tylko pacjenci cierpiący na agorafobię mają ogólną tendencję do interpretacji zagrożenia.

Clark [11] udowodnił, że istnieje patologia w strukturach pamięci pacjentów z lękiem panicznym. Odkrył, że pacjenci tacy mają szybszy czas reakcji na słowa o konotacji katastroficznej. Zatem istnieje powiązanie pomiędzy tematem i zagrażającym słowem, co powoduje szybszy czas reakcji. Poprzez wyniki badań dowiedziono, że poznawcze reprezentacje odczuć somatycznych są powiązane w pamięci z poznawczymi reprezentacjami o konotacji katastroficznej.

Pacjenci cierpiący na napady lęku panicznego relacjonują, że myśli „lękorodne” bardzo łatwo powstają w ich umysłach, zwłaszcza, gdy występuje pobudzenie. To sugeruje, że informacje lękowe i zagrażające mogą się znajdować w najważniejszych obszarach aktywacji pamięci. W związku z tym, pamięć tych osób powinna ujawniać tendencje do przypominania sobie informacji o treści lękowej. Norton, Schaffer, Cox, Dorward i Wozney [6] zbadali tę tendencję u studentów, którzy w ostatnim roku doznali ataku paniki i studentów, którzy nigdy nie doznali takiego napadu. Przeczytali badanym fragmenty o osobie z atakiem paniki, osobie w ataku złości i osobie głodnej. Następnie badani mieli przypomnieć sobie słowa lękowe, niebezpieczne i neutralne. Osoby, które w przeszłości doznały ataku paniki, ujawniały zdecydowaną tendencję do przypominania sobie słów lękowych i zagrażających, szczególnie po przeczytaniu tekstu o epizodzie paniki. Badacze sugerują, że tekst ten wywołał u badanych z napadami paniki schemat poczucia zagrożenia, co umożliwiło przetwarzanie informacji lękowych. McNally, Foa i Donnell [6] zbadali tę tendencję u pacjentów z napada-

mi paniki. Postawili hipotezę, że w porównaniu z grupą kontrolną, pacjenci ujawniać będą tendencję do lękowych powiązań w pamięci, a fizjologiczne pobudzenie tylko tę tendencję uwydatni. W badaniu wykazano, że pacjenci z napadami paniki przypominali sobie więcej słów o zabarwieniu lękowym niż z niezwiązanym lękiem. Wyniki te jednak nie były znaczące statystycznie. Cloitre i Liebowitz [6] odkryli, że pacjenci z lękiem panicznym ujawniają skłonność do przypominania sobie lękowych informacji, ale nie wtedy, gdy prezentuje się im materiał o pozytywnym zabarwieniu emocjonalnym.

Porównując osoby z zaburzeniem lęku panicznego z osobami z GAD (*generalized anxiety disorder*), można przypuszczać, że są one mniej zdolne do unikania przetwarzania zagrażających informacji, czego nie odkryli w badaniu GAD Mathews i wsp. [12]. Inna możliwość jest taka, że przymiotniki opisujące strach, jak na przykład słowo „paniczny”, są bardziej powiązane z pacjentami cierpiącymi na napady lęku panicznego niż ogólne słowa zagrażające, jak np. „trumna” dla osób z GAD. Stąd pacjenci z lękiem panicznym przetwarzają słowa zagrażające bardziej drobiazgowo niż osoby z GAD.

Mathews i wsp. [13] zauważyli, że lęk jest bardzo często charakteryzowany przez swoistą tendencję uwagi do przetwarzania zagrażających informacji. Ta automatyczna tendencja mogłaby działać jako system wczesnego wykrywania zagrożenia w sytuacji niebezpieczeństwa, umożliwiając w ten sposób uniknięcie zagrożenia. Burgess [6] próbował zrewidować tę hipotezę za pomocą testu Stroopa. Otrzymane wyniki pokazywały, że pacjenci z agorafobią kodują więcej słów zagrażających niż neutralnych, co może wskazywać na istnienie tendencji do kodowania bodźców zagrażających w pamięci. Później powtórzono to badanie na pacjentach z lękiem panicznym przy użyciu zmodyfikowanego testu Stroopa. Ehlers i wsp. [6] odkryli, że pacjenci z lękiem panicznym ujawniają tendencję do zapamiętywania słów negatywnych, na przykład określających fizyczne zagrożenie, zawstydzenie. Hope dowiódł, że osoby z lękiem panicznym łatwiej przyswajają słowa dotyczące fizycznego zagrożenia („upadek, złamanie”), natomiast nie działa to w przypadku społecznej oceny („głupi”). McNally, Rieman i Kim [6] przy użyciu skomputeryzowanego testu Stroopa wywnioskowali, że terapeuci pracujący z pacjentami cierpiącymi na napady paniki, nie wykazywali tendencji do szybszej reakcji na bodźce stanowiące zagrożenie. Działo się tak mimo tego, że bardzo dobrze znane są im koncepcje lęku. Najwidoczniej nie mieli



oni w sobie schematów odpowiedzialnych za szybsze przetwarzanie bodźców niebezpiecznych dla osób „lękowych”.

### **Wnioski**

Poprzez powyższe wyniki sugeruje się, że stany lękowe są powiązane z selektywnym przetwarzaniem informacji oraz wyuczoną tendencją do wylapywania niektórych bodźców. Ważny jest również aspekt wydobywania z pamięci sytuacji, które powodowały u osób cierpiących na napady lęku strach, przerażenie i poczucie dyskomfortu.

Na podstawie przytoczonych badań można wysnuć następujące wnioski na temat przetwarzania informacji przez pacjentów z lękiem napadowym:

1. Pacjenci z napadami paniki interpretują często dwuznaczne niejasne bodźce jako bodźce zagrażające. U pacjentów z napadami paniki bez agorafobii tendycyjność reakcji oraz uwagi dotyczy niejasnych doznań dochodzących z ich ciała.
2. Reakcje, które leżą u podłoża napadów paniki i automatycznego przetwarzania informacji, dają jasne dowody na istnienie patologicznych struktur odpowiedzialnych za przeżywanie lęku i strachu.
3. Pacjenci cierpiący na napady paniki odznaczają się tendencją do wydobywania z pamięci informacji zabarwionych lękowo.
4. Pacjenci cierpiący na napady paniki, tak samo jak pozostali pacjenci lękowi, wykazują ogromną tendencję do szybkiego i automatycznego przetwarzania tych informacji, które dotyczą charakterystyki ich zaburzenia — lękowych, zagrażających, niebezpiecznych, wywołujących dyskomfort, przerażających.
5. Pacjenci z napadami paniki są bardzo wrażliwi na zachodzące w ich ciele zmiany związane z pobudzeniem. Zmiany te warunkują w nich lęk — zgodnie z modelem warunkowania interoceptywnego.

Na podstawie badań można wysnuć wiele teorii lęku, jego powstawania i tego, co wpływa na jego siłę. Jednym z wniosków może być przypuszczenie, że emocje negatywne, takie jak strach, przerażenie, mogą być w sposób automatyczny włączane u osób, które są wrażliwsze na bodźce im zagrażające, i w konsekwencji powodować zaburzenia lękowe lub, jak uważa Lang [6] w swoim bioinformacyjnym podejściu do emocji,

istnieje sieciowy model struktur emocjonalnych w pamięci, gdzie struktura strachu to wspomnienie sytuacji lub wydarzenia wywołującego lęk, zawierająca 3 typy informacji: bodźcową, reakcji i ich wspólne znaczenie. Struktura ta jest aktywowana w momencie, gdy bieżące doświadczenia są analogiczne do zapamiętanej wcześniej sytuacji, która wywołała strach.

Kolejną teorię lęku stworzył Ohman [14]. Według niego detektory bodźców negatywnych (poszczególne części ciała migdałowatego odpowiedzialne za przetwarzanie bodźców pochodzących ze środowiska i ich ocenę) włączają się w sposób automatyczny w sytuacjach ocenianych przez nie jako niebezpieczne i działając na najbardziej podstawowym poziomie przetwarzania bodźców, powodują u człowieka reakcję lękową. Ponadto kierują uwagę na inne niebezpieczne bodźce, a co za tym idzie, oddziałują na system pobudzenia i wzmagają czujność. Twierdzi on również, że reakcję lękową mogą powodować wcześniej wykryte i uświadomione bodźce, które utrwaliły się w pamięci człowieka w formie schematów. Każda kolejna sytuacja pasująca do wcześniej utworzonych schematów jest określana jako sytuacja lękorodna.

Według innych teorii, niektórzy ludzie „skanują” otoczenie, wyszukując jedynie bodźce lękorodne. Mathews i wsp. [12] twierdzą, że ludzie dzielą się na bardziej i mniej podatnych na lęk. Ci bardziej podatni, odbierając informacje z otoczenia, wykazują zdecydowanie większą czujność w wykrywaniu bodźców złości i gniewu. W sposób automatyczny wyszukują te bodźce i zdecydowanie szybciej od pozostałych reagują na nie, stawiając w stan gotowości system pobudzenia. Pobudzeniu emocjonalnemu towarzyszy silne pobudzenie kory. Wysoki poziom pobudzenia wyjaśnia częściowo, dlaczego trudno jest nam skupić się i pracować wydajnie, kiedy znajdujemy się w stanie emocjonalnym. Może to być bardzo pożyteczne (nikt nie chce rozpraszać uwagi, kiedy znajduje się w niebezpieczeństwie), ale może też być utrapieniem (kiedy włączy się układ strachu, trudno jest go wyłączyć — taka jest natura lęku).

Krytycy tych teorii natomiast twierdzą, że słowa lub bodźce o znaczeniu zagrażającym są wybiórczo przetwarzane nie dlatego, że są zagrażające, lecz dlatego, że są znajome, co wynika oczywiście z natury zaburzenia.

**Streszczenie**

Celem artykułu było przedstawienie koncepcji poznawczych zaburzeń lęku panicznego oraz przegląd badań dotyczących tendencji uwagi w przetwarzaniu treści zagrażających u pacjentów z lękiem panicznym. Wskazano na fakt, że stany lękowe są powiązane z selektywnym przetwarzaniem informacji oraz wyuczoną tendencją do wyłapywania niektórych bodźców — w szczególności negatywnych. *Psychiatria 2008; 5: 58–64*

**słowa kluczowe:** lęk, zaburzenie lęku panicznego, reakcja na bodziec zagrażający, tendencyjność uwagi

**PIŚMIENICTWO**

1. Seligmann M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L. Psychopatologia. Zys i S-ka, Poznań 2001; 209–219.
2. American Psychiatric Association Diagnostic Manual and Mental Disorders 4<sup>th</sup> edition DSM-IV (1994).
3. DiTomasso R.A., Gosch E.A. Anxiety disorders: An overview Comparative Treatments for Anxiety Disorders. Springer Series on Comparative Treatments for Psychological Disorders, New York 2002; 1–29.
4. Hofmann S.G. Poznawczy model napadów paniki. W: Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce. Reinecke M.A., Clark D.A. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005; 140–162.
5. McNally R.J., Cognitive Bias in Panic Disorder. Current Directions in Psychological Science. 1994; 3 (4): 129–132.
6. McNally R.J. Psychological Approaches to Panic Disorder: A Review. Psychological Bulletin. 1990; 108 (3): 403–419.
7. Bouton M.E., Mineka S., Barlow D.H. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. Psychological review. 2001; 108 (1): 4–32.
8. Stroop J.R., Studies of Interference in Serial Verbal Reaction. Journal of Experimental Psychology. 1992; 121 (1): 15–23.
9. MacLeod C., Mathews A., Williams J., Mark G., The Emotional Stroop Task and Psychopathology. Psychological Bulletin. 1996; 120, (1): 3–24.
10. Fox E., Lester V., Russo R., Bowles R.J., Pichler A., Dutton K., Facial expressions of emotions: Are angry faces detected more efficiently? Cognition and Emotion. 2000; 14 (1): 61–92.
11. McNally R.J., Foa E.B., Cognition and agoraphobia: Bias in the interpretation of threat. Cognitive therapy and research. 1987; 11, (5): 567–581.
12. Mathews A., May J., Mogg K., Eysenck M. Attentional Bias in Anxiety: Selective search or defective filtering? Journal of Abnormal Psychology. 1990; 2: 166–173.
13. Mathews A., MacLeod C., Selective processing of threat cues in anxiety states. Behaviour research and therapy. 1985; 23 (5), 563–569.
14. Ohman A., Lundqvist D., Esteves F. The Face in the Crowd Revisited: A Threat Advantage With Schematic Stimuli. Journal of Personality and Social Psychology. 2001; 3: 381–396.