

Suvremena psihologija 9 (2006) 2, 171-193
Pregledni članak – UDK 159.923.3

ANKSIOZNA OSJETLJIVOST: FENOMENOLOGIJA I TEORIJE

Anita Vulić-Prtorić

Odjel za psihologiju, Sveučilište u Zadru
Obala kralja Petra Krešimira IV br. 2, 23000 Zadar
avulic@unizd.hr

Sažetak

U radu su opisane osnovne teorijske postavke u tumačenju fenomenologije anksiozne osjetljivosti (*anxiety sensitivity*), kao i rezultati suvremenih istraživanja na ovom području. Anksiozna osjetljivost se opisuje kao strah od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću, a koji proizlazi iz uvjerenja da ti simptomi i tjelesne senzacije mogu imati negativne tjelesne, psihološke i socijalne posljedice. Anksiozna osjetljivost predstavlja temeljni strah i specifičnu tendenciju da se strahom reagira na senzacije koje su sastavni dio anksioznosti, straha ili panike.

Svrha rada je prikazati neke aktualne trendove i probleme u tumačenju anksiozne osjetljivosti, te razvoja anksioznosti i anksioznih poremećaja. Do danas su se konstrukti anksiozne osjetljivosti i njima srodni psihološki konstrukti, najviše opisivali u okviru nekoliko teorija anksioznosti, posebice Reissovoj teoriji očekivanja i osjetljivosti, u radovima Richarda McNallyja, Scotta Lilienfelda, Stevena Taylora, te kognitivnim teorijama paničnih poremećaja Davida Clarka, Aarona Becka i Davida Barlowa. Pri tome se osobito vrijednim čini naglašavanje potrebe specifičnog pristupa u istraživanju i tumačenju razvoja pojedinih anksioznih poremećaja. Ovakav pristup nudi brojne smjernice za istraživanja na ovom području, ali isto tako i za bolje razumijevanje fenomenologije anksioznosti općenito.

Ključne riječi: anksioznost, anksiozna osjetljivost, panični poremećaji

Uvod

Anksioznost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajem neugode, nemira i napetosti, anticipacijom moguće opasnosti, kao i mnogim fiziološkim promjenama uključujući ubrzani rad srca, povećani krvni pritisak i tjelesnu napetost. To je univerzalno iskustvo, pa su anksioznost i anksiozni poremećaji među najčešćim psihološkim i zdravstvenim problemima sa prevalencijom od čak 20 do 30% .

Neovisno o kojem se anksioznom poremećaju radilo, simptomi anksioznosti manifestiraju se na 4 glavna područja: tjelesnom, emocionalnom, kognitivnom i bihevioralnom. Na *tjelesnom* planu bilježimo kardiovaskularne, respiratorne, gastrointestinalne i druge promjene potaknute djelovanjem autonomnog živčanog sustava koji mobilizira tijelo na suočavanje s predstojećim problemom. Tjelesni simptomi su dominantno obilježje separacijske anksioznosti i paničnog napada. Fiziološke promjene praćene su subjektivnim doživljajima na *emocionalnom* planu (npr. mišićna napetost praćena je osjećajem neugode, slabosti i nesigurnosti; ubrzano lupanje srca je često prvi znak straha da će se izgubiti kontrola ili da će se onesvijestiti). U nekim slučajevima tjelesni simptomi praćeni su intenzivnim strahom, tj. anksioznom osjetljivosti koja predstavlja strah da će tjelesni simptomi poput lupanja srca, drhtanja ili bolova u trbuhu imati negativne socijalne, psihološke ili tjelesne posljedice. Na *kognitivnom* planu obično se vidi potpuna intelektualna konfuzija, a prevladavaju simptomi poput anticipacije nesreće i zabrinutost. Upravo na ovom planu postoji razlika između anksioznosti i ostalih emocionalnih reakcija: u većini slučajeva emocionalne reakcije praćene su visoko strukturiranim kognitivnim sustavima, dok kod anksioznosti imamo upravo suprotnu pojavu - kognitivnu dezorganizaciju. Ovakvi doživljaji pridonose još većoj uznemirenosti i vode k uglavnom manje adaptiranim oblicima ponašanja. Na *bihevioralnom* planu prepoznaju se tri dominantna ponašanja: izbjegavanje, stereotipije i slaba koordinacija. Izbjegavanje je dominantno obilježje fobija, stereotipije se posebno uočavaju u opsesivno-kompulzivnom poremećaju, a slabija koordinacija u obliku tremora, nespretnosti ili potpune zakočenosti u socijalnim anksioznim poremećajima.

Anksiozni poremećaji predstavljaju jedan od najkompleksnijih psiholoških fenomena koji se manifestiraju kroz čitav spektar najrazličitijih promjena. U DSM-IV klasifikacijskom sistemu (APA, 1996) opisano je 8 glavnih kategorija ili poremećaja anksioznosti koji se mogu javiti u odrasloj dobi, ali i u doba djetinjstva i adolescencije: panični poremećaj i agorafobija, separacijska anksioznost, generalizirani anksiozni poremećaj, specifična fobija, socijalna fobija, opsesivno - kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, akutni stresni poremećaj.

Traganje za odgovorom na pitanje zašto su neke osobe u većem riziku za razvoj anksioznih reakcija i poremećaja od drugih jedan je od najvećih izazova u području istraživanja anksioznosti. U tumačenju etiologije anksioznih poremećaja do danas su poznate brojne teorije i pristupi- biološke, psihodinamske, bihevioralne i kognitivne (za pregled teorija anksioznosti vidi Barlow, 2002; Craig i Dobson, 1995; Edelman, 1992; Strongman, 1995).

U suvremenim teorijama anksioznosti sve češće se uočavaju trendovi u tumačenjima etiologije svakog anksioznog poremećaja posebno jer se radi o vrlo različitim psihološkim entitetima koji i u svom nastanku uključuju različite faktore.

Naime, već sam pogled na opise kliničkih slika pojedinih poremećaja, navodi na zaključak da se radi o vrlo heterogenoj skupini poremećaja. Primjerice, panični poremećaji su karakterizirani intenzivnim i vrlo neugodnim tjelesnim simptomima koje većina osoba doživljava kao oblik nekog težeg zdravstvenog problema i koji se javljaju u nepredvidljivim i neočekivanim situacijama, bez nekog očiglednog povoda. S druge strane, fobije su karakterizirane intenzivnim strahom u određenim, specifičnim situacijama (susretu s nekim zastrašujućim objektom ili okolnostima). Posebnu specifičnost predstavlja posttraumatski stresni poremećaj koji je karakteriziran vrlo složenom simptomatologijom (simptomima anksioznosti, depresivnosti, somatizacije, i dr.), a u osnovi kojega je prepoznatljiv, vrlo stresni, traumatski događaj. U tom smislu, utvrđivanje specifičnih rizičnih čimbenika u etiologiji pojedinih anksioznih poremećaja predstavlja istraživački imperativ.

Posebnu pažnju istraživača na području anksioznosti zaokupljali su panični napadi i poremećaji. Većina teoretičara anksioznosti slaže se da je panični poremećaj fenomenološki značajno drugačiji od ostalih anksioznih poremećaja (Barlow, 2002). Najčešće se navode slijedeća razlikovna obilježja:

- panični napad traje relativno kratko i doseže svoj fiziološki i psihološki vrhunac unutar samo 2 do 10 minuta;
- panični poremećaj predstavlja iznenadno, preplavljujuće i izuzetno neugodno iskustvo;
- panični poremećaj je praćen značajno intenzivnijim i kvalitativno drugačijim pokazateljima kako na fiziološkim mjerama tako i na upitnicima;
- u usporedbi s ostalim anksioznim poremećajima, panični poremećaj pokazuje veću stabilnost transgeneracijskog pojavljivanja;
- panični poremećaj ne predstavlja samo intenzivniji oblik anksioznosti, već se radi o potpuno jedinstvenom biološkom i psihološkom iskustvu.

Jedan od vrlo zanimljivih konstrukata na ovom području, koji se pojavio prije dvadesetak godina i od tada bio predmetom interesa brojnih istraživanja je *anksiozna osjetljivost*. Pokazalo se da anksiozna osjetljivost predstavlja rizični kognitivni faktor za razvoj različitih anksioznih poremećaja, a posebice paničnih poremećaja i javljanje paničnih ataka. Jedan od najznačajnijih autora na ovom području, Steven Reiss kaže: „... možemo reći da je važnije znati što osoba misli da će se dogoditi kao posljedica doživljavanja anksioznosti, nego koliko je često u zadnje vrijeme doživljavala anksioznost“ (Reiss i sur. 1986, 1).

Anksiozna osjetljivost

Anksiozna osjetljivost se opisuje kao strah od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću, a koji proizlazi iz uvjerenja da ti simptomi i tjelesne senzacije mogu imati negativne tjelesne, psihološke i socijalne posljedice. Kao što se neke osobe plaše zmija, letenja avionom, javnog nastupa, tako se neke osobe plaše osjećaja koji prate strah, anksioznost ili paniku. Osoba koja ima visoke razine anksiozne osjetljivosti iznenadni ubrzani rad srca će interpretirati kao znak predstojećeg srčanog udara, odnosno grčeve u truhu kao znak za hitnu kiruršku intervenciju. Tjelesno zdrava

osoba koja ima ovakve *pogrešne interpretacije* sigurno će doživljavati još veću anksioznost, što će izazvati još jače lupanje srca i tako će se naći u zatvorenom krugu koji kulminira u paničnom napadu (Taylor, 1995a). Početak ovog kruga je u strahu od tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću (anksiozna osjetljivost). Tako Reiss (1991) kaže: "*Osobe koje se plaše anksioznosti postepeno razvijaju strah od svake situacije u kojoj postoji bar mala vjerojatnost ili očekivanje da će se javiti anksioznost. Budući da je toliko mnogo takvih situacija, osobe koje su iznimno osjetljive na anksioznost razvijaju strah od velikog broja situacija*".

Povijesno gledano, ideja o konstrukt koji će predstavljati temelje straha od anksioznih simptoma nije se prvi put pojavila pod nazivom anksiozne osjetljivosti. Prethodnice se mogu prepoznati još 1924. godine u Freudovim opisima straha od ponovnog javljanja paničnih simptoma kod osoba s paničnim poremećajem, zatim 1945. godine u Fenichelovim kliničkim opažanjima *straha od anksioznosti* kod osoba s izraženom anksioznošću, te krajem sedamdesetih godina prošlog stoljeća u radovima Becka i Emeryja koji opisuju strah kod osoba u kojih se intenzivni anksiozni napadi opetovano javljaju (prema Reiss i suradnici, 1986; prema Lilienfeld i suradnici, 1993). Slični opisi mogu se naći i u konstrukt *inkubacije* Hansa Eysencka iz 1979. godine, te konstrukt *straha od straha* autora Dianne Chambless i Alana Goldsteina 1988. godine (prema Chambless i suradnici, 2000). Eysenck je uveo konstrukt *inkubacije* s namjerom da objasni proces povećavanja anksioznosti u funkciji vremena i to čak i u onim situacijama kada nema potkrepljenja uvjetovanim podražajima. Naime, u svim onim slučajevima kada je uvjetovani podražaj dovoljno neugodan, uvjetovani odgovor može sam pojačati uvjetovani podražaj ili čak ojačati neuvjetovani podražaj, i tako pokrenuti zatvoreni krug pozitivnog povratnog potkrepljenja u kojem se anksioznost povećava s vremenom i u odsutnosti potkrepljenja za uvjetovani podražaj. Eysenck je pretpostavio da će efekti inkubacije biti najviše izraženi u osoba koje imaju povišeni neuroticizam, introverziju ili oboje, jer će te osobe najvjerojatnije biti i najsklonije pokazati snažne neuvjetovane reakcije (pa tako i snažne uvjetovane reakcije) na neugodne podražaje. Iako je Eysenckova teorija inkubacije kritizirana zbog manjka uvjerljive empirijske potvrde, ona nudi jedno od prvih tumačenja povezanosti između straha od anksioznosti i individualnih razlika u varijablama ličnosti.

U konceptualnom smislu anksiozna osjetljivost je definirana kao faktor ličnosti i kao takva ima dosta sličnosti sa Eysenckovim konceptom neuroticizma. Nadalje, definirana je u terminima iracionalnih vjerovanja pa ima sličnosti s konceptom anksiozne neugode Alberta Ellisa i kognitivnim distorzijama Aarona Becka. Ono što čini ovaj konstrukt posebnim je činjenica da u sebi integrira i tjelesne i kognitivne komponente anksioznosti, dajući podjednaku važnost i jednoj i drugoj. U tom smislu, upravo u fenomenologiji ovog konstrukta integrirane su postavke bioloških i kognitivnih teorija anksioznosti. (Ne smije se zaboraviti da i sama riječ anksioznost ima svoje porijeklo u latinskoj riječi *angere*, što znači gušiti se, boriti se).

Do danas su konstrukt anksiozne osjetljivosti i s njim srodni psihološki konstrukti, najviše opisivani u okviru nekoliko teorija anksioznosti, posebice Reissovoj teoriji očekivanja i osjetljivosti, u radovima Richarda McNallyja, Scotta Lilienfelda, Stevena Taylora, kognitivnoj teoriji paničnih napada Davida Clarka, Aarona Becka i Davida

Barlowa, te nekim novijim, kognitivnim dijateza-stres modelima anksioznih poremećaja autora Sare Mattis, Thomasa Ollendicka i Bruca Chorpita.

Teorija Stevena Reissa

Konstrukt anksiozne osjetljivosti uveli su Steven Reiss i Richard McNally osamdesetih godina prošlog stoljeća i ovaj konstrukt je sastavni dio Reissovih teorija: teorije očekivanja, teorije osjetljivosti, kao i novije teorije motivacije (McNally, 2002; Reiss i sur. 1986; Reiss, 1991; Reiss, 2004). U okviru ovih teorija porijeklo i razvoj anksioznosti se tumači u terminima osobnih vjerovanja i očekivanja vezanih za moguće objektivne opasnosti javljanja anksioznih simptoma. Prema Reissovoj teoriji anksiozna osjetljivost povećava osobni rizik za različite anksiozne poremećaje, posebice panične napade, djelujući kao pojačivač prethodnih anksioznih doživljaja. K tome, osobe s povišenim razinama anksiozne osjetljivosti sklonije su razviti anksioznost u odgovoru na vlastite anksiozne simptome, što rezultira u samopotkrepljujućem krugu koji može kulminirati i u paničnim napadima.

Reiss je 2000. godine proširio svoju teoriju osjetljivosti na sveobuhvatniju teoriju motivacije smatrajući da je anksiozna osjetljivost jedan od motivacijskih čimbenika koji se javljaju već u ranoj dobi i koji predstavlja rizik za različite poremećaje, pa čak i one poput depresije, shizofrenije i autizma (Reiss i sur., 2001). Prema Reissovoj teoriji, motivacija za izbjegavanjem objekata koji izazivaju strah nastaje kao funkcija 2 skupine varijabli koje se opisuju kao **očekivanja** (*expectation*) i **osjetljivosti** (*sensitivity*) (Slika 1).

Očekivanje se odnosi na misli koje osoba ima u situaciji kada se pojavi objekt koji je izvor straha (npr. *Očekujem da će se ovaj avion srušiti; Očekujem da će me ovaj pas ugristi*; i sl.).

Osjetljivost se odnosi na razloge javljanja straha koje osoba navodi opisujući svoj strah od specifičnog objekta ili situacije (npr. *Ovo stezanje u grlu će izazvati gušenje; Panični napad će uzrokovati srčani udar*).

Očekivanja (što osoba misli da će se dogoditi) i osjetljivosti (zašto se osoba boji onoga što očekuje da će se dogoditi), prema Reissu (1991) čine ključne postavke u razumijevanju strahova. U okviru ovog modela naglašavaju se individualne razlike kako u očekivanjima tako i u osjetljivostima. U tom smislu strah se promatra kao funkcija 6 faktora:

1. Očekivanje opasnosti - osoba očekuje ozljedu ili opasnost od neke vanjske, okolinske situacije – npr. *Avion će se najvjerojatnije srušiti*.

2. Očekivanje anksioznosti – osoba očekuje da će u određenoj situaciji postati anksiozna ili da će biti pod velikim stresom – npr. *Znam da je letenje avionom sigurno, ali mogu doživjeti panični napad ili mi može pozliti za vrijeme leta*.

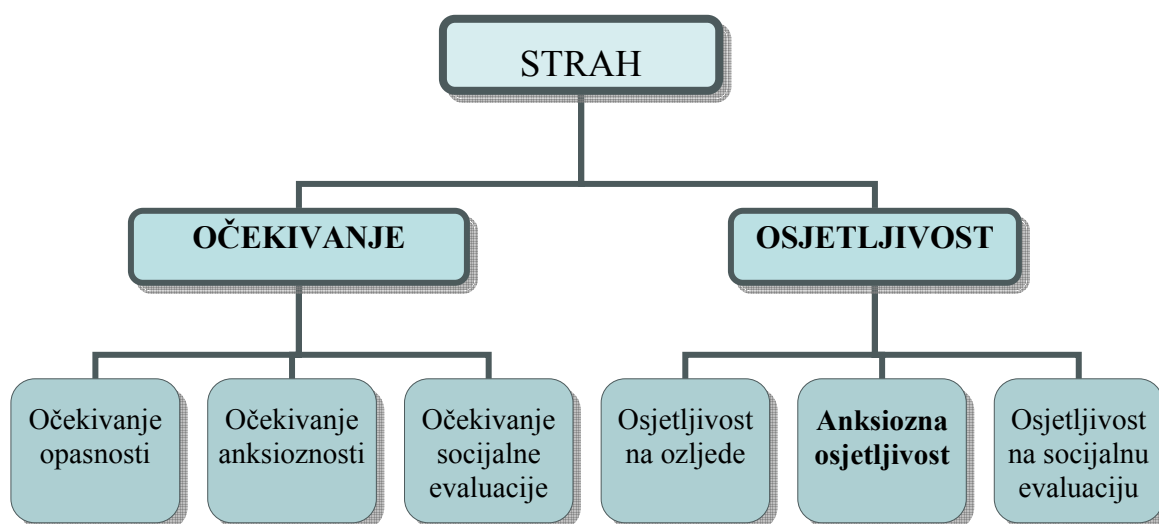
3. Očekivanje socijalne evaluacije – osoba očekuje da će njene reakcije u nekoj situaciji biti negativno vrednovane od strane drugih –npr. *Neću moći kontrolirati svoj strah tijekom leta i svi će vidjeti kako sam jadan*.

4. Osjetljivost za ozljede- osoba pokazuje pretjeranu osjetljivost na bilo kakvu pomisao o ozljedi – npr. *Ne mogu podnijeti pomisao da budem ozlijeđen.*

5. Anksiozna osjetljivost – osoba pokazuje pretjeranu osjetljivost na simptome anksioznosti – npr. *Mogao bih doživjeti srčani udar ako doživim panični napad ili budem napet ili pod nekim stresom.*

6. Osjetljivost na socijalnu evaluaciju – osoba pokazuje pretjeranu osjetljivost na sve oblike vrednovanja od strane drugih – npr. *Ne mogu podnijeti da drugi vide koliko se bojim i kako sam jadan.*

Slika 1. Faktori u razvoju straha prema modelu očekivanja i osjetljivosti (prema Reiss, 1991, str.143-144.)



Specifična očekivanja i osjetljivosti predstavljaju temelj za tumačenje određenih strahova. U okviru Reissove teorije (1991) razlikuju se tri fundamentalna, temeljna straha i veći broj svakodnevnih, uobičajenih strahova. *Temeljni strahovi* su: **strah od ozljede i bolesti** koji uključuju i strah od smrti, **strah od negativne evaluacije** koji predstavlja strah od odbačenosti, neprihvatanja i kritiziranja od strane vršnjaka, i **anksiozna osjetljivost** koja predstavlja strah od straha, tj. zastrašujuću pomisao da bi javljanje straha u određenoj situaciji moglo imati katastrofalne socijalne i tjelesne posljedice. *Svakodnevni, uobičajeni strahovi* su strah od životinja, visina, agorafobičnih situacija, socijalni strahovi i sl. Temeljni strahovi se razlikuju od uobičajenih strahova s obzirom na dva kriterija: temeljni strahovi uključuju one podražaje koji su zastrašujući za većinu ljudi, i - uobičajeni strahovi se mogu logički reducirati na temeljne strahove. Npr. ako se usporede dva uobičajena straha (npr. strah od visina i strah od zmija) i anksiozna osjetljivost kao temeljni strah teško će se naći veza između straha od visina i straha od zmija (rijetko koja osoba će reći „Bojim se zmija zato što se bojim visine“). Nasuprot tome, anksiozna osjetljivost kao temeljni strah predstavlja logičan temelj za oba navedena

straha (na primjer, osoba može reći „Bojim se zmija i visina zato što se užasavam doživjeti panični napad i zakočenost koji se mogu javiti u takvim situacijama“).

Budući da anksiozna osjetljivost predstavlja jedan od tri temeljna straha Reiss je smatrao da će osobe koje imaju izraženiju anksioznu osjetljivost biti sklonije doživljavati i veći broj različitih strahova. Ovaj nalaz je kasnije potvrđen u empirijskim istraživanjima, premda se anksiozna osjetljivost pokazala najboljim prediktorom paničnih poremećaja. Analiziranje i tumačenje strahova i anksioznosti s obzirom na tri navedena Reissova očekivanja i osjetljivosti pokazalo se presudno za odabir terapijskih tehnika. Npr. u podlozi straha od letenja može biti strah da će se avion srušiti (osjetljivost na tjelesne ozljede i očekivanje opasnosti), strah da će se doživjeti panični napad (anksiozna osjetljivost i očekivanje anksioznosti) ili strah da će se doživjeti neugoda ili poniženje (osjetljivost i očekivanje socijalne evaluacije). Svaki od navedenih slučajeva zahtijeva različite terapijske pristupe.

Nakon pojave konstrukta anksiozne osjetljivosti slijedilo je razdoblje propitivanja i provjeravanja njegove fenomenologije, te svrsishodnosti i opravdanosti uvođenja ovog konstrukta među već postojeće deskriptore anksioznosti. Naime, smatralo se da se anksiozne osobe razlikuju jedino s obzirom na to koliko anksioznosti i anksioznih simptoma doživljavaju, ali ne i s obzirom na njihovu osjetljivost na anksioznost. Također je postojalo mišljenje da je osjetljivost ionako sastavni dio anksioznosti pa onda nema potrebe stvarati dodatne konstrukte. No, s vremenom se pokazalo da su upravo istraživanja anksiozne osjetljivosti pridonijela boljem razumijevanju i prirode i etiologije anksioznosti općenito, a osobito paničnih poremećaja. Najveće dileme na ovom području bile su vezane za strukturu anksiozne osjetljivosti, te odnos ovog konstrukta s ostalim faktorima vulnerabilnosti za anksiozne poremećaje.

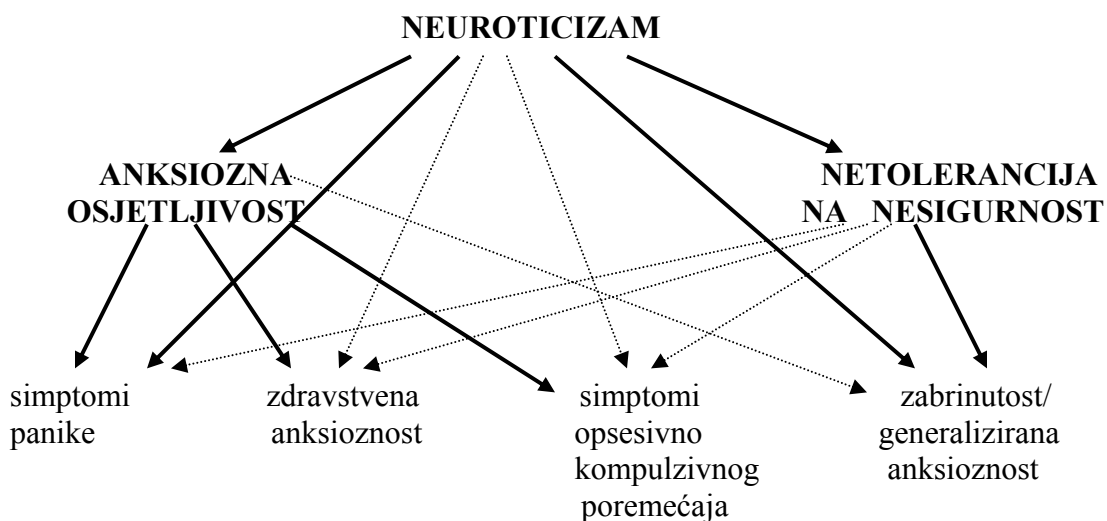
Struktura anksiozne osjetljivosti

U novijim modelima psihopatologije različiti klinički fenomeni najčešće se opisuju i proučavaju pomoću hijerarhijskih modela. U hijerarhijskom modelu konstrukti na različitim razinama se promatraju kao komplementarni fenomeni u kojima je jedan opći, zajednički faktor višeg reda nadređen većem broju specifičnih faktora nižeg reda koji predstavljaju više izdiferencirane karakteristike tog konstrukta. Na taj način, se faktori koji pridonose razvoju i zajednički su većem broju poremećaja nalaze na višoj razini hijerarhije, dok su faktori specifični za pojedine poremećaje u nižim razinama hijerarhije. Faktori višeg reda obično se opisuju kao negativni afektivitet, neuroticizam ili bihevioralna inhibicija (Hagopian i Ollendick, 1996; Watson i sur., 1995; Watson i Kendall, 1989). Negativni afektivitet predstavlja stabilnu osobinu ličnosti u obliku tendencije da se doživljavaju neugodne emocije poput anksioznosti, depresije i sl. Neuroticizam obuhvaća u podjednakoj mjeri genetske čimbenike i učenje, te kognitivne i fiziološke procese koji pridonose percepciji prijetnje i povišenom uzbuđenju. Nadalje, u interakciji s neugodnim životnim iskustvima neuroticizam se može vezati za specifične podražaje i s vremenom rezultirati u razvoju specifičnih strahova. Bihevioralna inhibicija je neurološki sustav koji aktiviraju neugodni podražaji i koji nakon toga izaziva inhibiciju u ponašanju i vodi ka subjektivnom osjećaju anksioznosti. Pretjerano osjetljiv sustav bihevioralne inhibicije manifestira se kroz povećanu osjetljivost na prijeteće podražaje ili

podražaje koji su osobi nejasni ili nepoznati. Unatoč nekim konceptualnim razlikama sve veći broj istraživanja pokazuje da se ispod ovih naziva kriju vrlo slični konstrukti koji u hijerarhijskim modelima predstavljaju faktore višeg reda (Zinbarg i sur, 1997).

Anksiozna osjetljivost se pokazala jedinstvenim konstruktom u odnosu na konstrukte poput negativnog afektiviteta, neuroticizma i biheviornalne inhibicije. Taylor (1998) predlaže hijerarhijski model koji će uzeti u obzir faktore zajedničke svim anksioznim poremećajima (poput neuroticizma, negativnog afektiviteta ili biheviornalne inhibicije) kao i faktore specifične za pojedine poremećaje. Jedan ovakav hijerarhijski model prikazan je na *Slici 2* (Sexton i sur. 2003).

Slika 2. Hijerarhijski model generalizirane i specifične vulnerabilnosti za anksioznost



Na *Slici 2* prikazan je hijerarhijski model anksioznosti u kojem je zajednički faktor prvog reda neuroticizam, dok se na razini specifičnih faktora mogu razlikovati 2 faktora drugog reda: anksiozna osjetljivost i netolerancija na nesigurnost (Sexton i sur. 2003). Zbog svoje stabilnosti tijekom vremena, anksiozna osjetljivost je u ovom modelu operacionalizirana kao crta. Visoke razine anksiozne osjetljivosti utvrđene su u većem broju anksioznih poremećaja, osobito paničnom poremećaju, posttraumatskom stresnom poremećaju, opsesivno kompulzivnom poremećaju, te generaliziranom anksioznom poremećaju. Anksiozna osjetljivost je također snažan prediktor hipohondrijske zabrinutosti. Drugi faktor, nazvan netolerancija na nesigurnost, predstavlja tendenciju da se nejasne situacije percipiraju prijetećima, tako da nesigurnost vezana za ishode postaje izvor straha i neugode. Ovaj faktor je prepoznat kao kognitivna komponenta generaliziranog anksioznog poremećaja i usmjeravanje na njega se pokazalo izuzetno korisnim u terapiji ovog poremećaja.

Prema ovom modelu, neuroticizam je izravno povezan sa razvojem specifičnih anksioznih manifestacija (poput paničnih poremećaja, zdravstvene anksioznosti ili

hipohondrijaze, opsesivno – kompulzivnih simptoma, zabrinutosti i generaliziranog anksioznog poremećaja (Sexton i sur. 2003). No, neuroticizam značajno pridonosi i razvoju specifičnih ranjivosti – anksiozne osjetljivosti i netolerancije na nesigurnost, koje dalje pridonose razvoju specifičnih anksioznih manifestacija. Pokazalo se da je u osnovi veze između anksiozne osjetljivosti i paničnih simptoma, zdravstvene anksioznosti i opsesivno – kompulzivnih simptoma strah od reakcija koje osoba misli da ne može kontrolirati (Reiss, 1997). Na primjer, kod nekih osoba koje imaju fobiju od visine ne radi se o strahu da bi mogle pasti, već da bi im se na takvim mjestima mogao dogoditi panični napad kojeg ne mogu kontrolirati. U tom smislu opasnost se pripisuje anksioznim simptomima koji su sastavni dio reakcije koju je teško kontrolirati, a ne okolinskog događaja samog po sebi. U slučaju opsesivno – kompulzivnog poremećaja može se raditi o strahu od gubitka kognitivne kontrole nad namećućim, neželjenim mislima, te osjećaju odgovornosti za te misli i njihove negativne posljedice.

Struktura anksiozne osjetljivosti danas se također prikazuje pomoću hijerarhijskog modela. Istraživanja na ovom području najčešće su se zasnivala na faktorsko analitičkim studijama rezultata dobivenih jednim od najčešće korištenih upitnika anksiozne osjetljivosti ASI (*Anxiety Sensitivity Index*, autora Reissa i suradnika, 1986. – upitnik je opisan u slijedećem odjeljku). S jedne strane su autori poput Reissa i Taylora i njihovih suradnika smatrali da se radi o jedinstvenom konstrukt i poticali su korištenje ukupnog rezultata na upitniku ASI kao pokazatelju anksiozne osjetljivosti. No, autori poput Telcha, Wardla i njihovih suradnika tvrdili da se radi o multidimenzionalnoj strukturi u kojoj postoje najmanje 3 ili 4 faktora drugog reda (prema Reiss i sur. 2001; Zinbarg i sur. 1997). Dugogodišnji kritičar Reissovih postavki o anksioznoj osjetljivosti, Scott Lilienfeld pridonio je rasvjetljavanju problema nekonzistentnih nalaza u istraživanjima na ovom području, smatrajući da problemi nastaju zbog toga što su se autori usmjeravali na različite razine hijerarhije: oni koji su branili jednofaktorske solucije bili su ustvari usmjereni na više razine u hijerarhiji, dok su zagovornici multifaktorske solucije bili usmjereni na niže razine u hijerarhiji (Lilienfeld i sur., 1993). Kasnije je i Taylor (1995a i b) promijenio mišljenje i prihvatio hijerarhijski model. Hijerarhijski model posebno je razrađen u odnosu na tumačenje etiologije različitih strahova i fobija. Nizom faktorsko analitičkih studija Taylor (1998) je utvrdio dvije vrste etioloških faktora – one koji su zajednički svim strahovima i koji određuju opću sklonost strahovanju u različitim stresnim situacijama, te one koji su specifični za razvoj određenih strahova i predstavljaju specifična iskustva kroz koja osoba usvaja strahove od specifičnih objekata i situacija.

Hijerarhijska struktura anksiozne osjetljivosti potvrđena je u nizu istraživanja, pri čemu se utvrdilo da se radi o multidimenzionalnom konstrukt, te da se u hijerarhiji može utvrditi postojanje jednog faktora višeg i 3 ili 4 faktora nižeg reda (Barlow, 2002; Reiss i sur. 2001; Zinbarg i sur. 1997). U trofaktorskoj soluciji najčešće su opisivani slijedeći faktori: Tjelesna zabrinutost, Socijalna zabrinutost i Zabrinutost za mentalnu nedostatnost. Četiri-faktorska solucija obuhvaća slijedeće faktore: Strah od kardiovaskularnih simptoma, Strah od javno uočljivih anksioznih reakcija, Strah od gubitka kognitivne kontrole i Strah od respiratornih simptoma. Identifikacija svakog specifičnog oblika anksiozne osjetljivosti (faktora nižeg reda) od posebne je važnosti jer reflektira specifične mehanizme koji objašnjavaju zašto je neka osoba sklona specifičnim oblicima straha i anksioznosti. Na primjer, faktor Strah od kardiovaskularnih simptoma može biti u osnovi paničnih napada i straha od smrti, dok faktor Strah od javno uočljivih

simptoma može biti u osnovi socijalne anksioznosti i razmišljanja o osobnoj neadekvatnosti i nesigurnosti.

Hijerarhijski modeli su se pokazali osobito korisni za razumijevanje svih psiholoških fenomena koji imaju složenu strukturu poput anksioznosti. U tom smislu i struktura konstrukta anksiozne osjetljivosti može biti najbolje objašnjena pomoću sastavnih faktora na različitim taksonomskim razinama. Jedan od modela koji pruža vrlo koristan okvir za buduća istraživanja na ovom području je model Bahra Weissa i suradnika (1998). Prema ovom modelu postoje 4 osnovne komponente u ekspresiji nekog sindroma: 1) **zajednička obilježja** pomoću kojih razlikujemo psihopatološke od normalnih fenomena; 2) **specifična obilježja** omogućuju razlikovanje između većih grupa sindroma i kategorija; 3) **individualne razlike** predstavljaju idiosinkratička obilježja pomoću kojih možemo razlikovati psihopatologiju od normalnosti, ali to nisu obilježja koja se konzistentno javljaju kod većeg broja ispitanika.

Anksiozna osjetljivost i crta anksioznosti

Drugo područje koje je bilo predmet istraživanja vezano je za pitanje razlikovanja između **anksiozne osjetljivosti i anksioznosti kao crte ličnosti**. Lilienfeld i suradnici (1993) su započeli diskusiju na ovu temu smatrajući da je anksiozna osjetljivost ustvari crta anksioznosti. Međutim, rezultati većeg broja istraživanja (prema Reiss, 1991; 1997) pokazuju da su korelacije između anksiozne osjetljivosti i crte anksioznosti relativno niske (između 0,32 i 0,36) i čak štoviše, da su značajno niže od korelacija između crte i stanja anksioznosti. Nadalje, rezultati longitudinalnih istraživanja koja su slijedila, pokazali su da su povišene razine anksiozne osjetljivosti dobar prediktor javljanja paničnih napada čak i kod onih osoba koje su imale nizak rezultat na mjerama crte anksioznosti i koje ranije nisu doživjele panični napad (McNally, 2002; Reiss i sur., 2001). Zaključak je bio da je anksiozna osjetljivost povezana s crtom anksioznosti, ali ju je od nje moguće razlikovati. Taylor (1995b) smatra da se crta anksioznosti odnosi na opću sklonost osobe da anksiozno reagira na potencijalno provocirajuće anksiozne podražaje, dok je anksiozna osjetljivost više specifična sklonost anksioznog reagiranja na vlastitu anksioznost i tjelesne simptome povezane s anksioznošću. Neka osoba može imati izraženu crtu anksioznosti i biti sklona doživljavati česte i intenzivne epizode anksioznih stanja, a da istovremeno nema izraženu anksioznu osjetljivost, i obratno (McNally, 2002).

Reiss (1997) navodi nekoliko osnovnih razlikovnih obilježja između anksiozne osjetljivosti i crte anksioznosti. U predviđanju budućih doživljaja anksioznosti i straha, anksiozna osjetljivost i crta anksioznosti temelje se na različitim indikatorima: pomoću crte anksioznosti moguće je predviđati buduće anksiozne simptome na temelju prošlih, sličnih iskustava, dok se pomoću anksiozne osjetljivosti mogu predviđati budući strahovi na temelju jačine vjerovanja o posljedicama tih strahova i anksioznosti, neovisno o frekvenciji i intenzitetu anksioznih iskustava u prošlosti. Budući da „prošla iskustva anksioznosti“ i „vjerovanja o posljedicama anksioznosti“ nisu isti fenomeni, nameće se zaključak da niti anksiozna osjetljivost i crta anksioznosti nisu isti konstrukti. Nadalje, iako i anksiozna osjetljivost i crta anksioznosti uključuju sklonost doživljavanju anksioznosti i straha u budućnosti, događaji koji će im prethoditi javljaju se u različitim podražajnim uvjetima. Na temelju crte anksioznosti predviđaju se stanja anksioznosti u

uvjetima psihološke prijetnje, osobito u uvjetima evaluacije. Nasuprot tome, na temelju anksiozne osjetljivosti predviđa se javljanje straha u situacijama kada osoba doživljava anksioznost. U ovom drugom slučaju radi se o mnogo objektivnijim pokazateljima budući da je anksioznost mnogo lakše specificirati u objektivnim terminima od stanja „psihološke prijetnje“.

Budući da su rezultati istraživanja na ovom području bili često nekonzistentni Reiss (1997) je upozorio na oprez prilikom donošenja zaključaka zbog nejasnoća koje postoje u definiranju koncepta crte anksioznosti u postojećim mjernim instrumentima. Naime, Reiss je smatrao da upitnici anksioznosti često mjere i više od onoga što je planirano. Pri tome se osvrnuo na jedan od najčešće korištenih mjernih instrumenata – Spielbergerovu skalu crte anksioznosti (STAI-T) - koja se sastoji od čestica vrlo sličnih česticama u Taylorovoj skali manifestne anksioznosti (TMAS), a koje su opet temeljene na opisu anksioznih reakcija iz Minnesota multifazičnog inventara ličnosti (MMPI) i po svom sadržaju zahvaćaju simptome karakteristične i za druge kliničke slike, a ne samo anksioznost. Uključujući u upitnik crte anksioznosti i čestice koje opisuju depresivnost, krivnju, nesigurnost i sl. STAI ustvari mjeri koncept koji je sličniji Freudovoj *neurotičnoj anksioznosti* nego crti anksioznosti kako je ona danas operacionalizirana. Pri tome Reiss ne dovodi u pitanje valjanost tog upitnika, već prvenstveno upozorava na oprez prilikom interpretacije rezultata, a osobito u slučajevima kada se ispituje fenomenologija nekog novog konstrukta, u ovom slučaju anksiozne osjetljivosti (Reiss i sur. 2001; Reiss, 1997).

Anksiozna osjetljivost i srodni konstrukti u kognitivnim teorijama

U svojim osnovnim crtama opisi anksiozne osjetljivosti u Reissovoj teoriji su vrlo slični opisima kognitivne vulnerabilnosti u kognitivnim teorijama anksioznosti i anksiozne osjetljivosti, a osobito u kognitivnim teorijama paničnih poremećaja.

Chambless i suradnici (2000) opisuju strah od straha pomoću dva sastavna elementa: straha od tjelesnih senzacija povezanih s panikom i neadaptivnih misli o posljedicama anksioznosti. *Strah od straha* se odnosi na to koliko pojedina osoba vjeruje da će njena anksioznost ili s anksioznosti povezane senzacije imati ozljeđujuće posljedice. Na primjer, osobe s visokim razinama anksiozne osjetljivosti vjeruju da je ubrzano lupanje srca znak predstojećeg srčanog udara. Goldstein i Chambless su smatrali da je strah od straha nastao klasičnim kondicioniranjem unutrašnjih tjelesnih senzacija poput ubrzanog rada srca ili vrtoglavce, a koje s vremenom postaju uvjetovani podražaji za anksiozne reakcije (a posebice panične napade) kao uvjetovani odgovor. Stoga je strah od straha ustvari posljedica, a ne uzrok paničnih napada. Upravo ova dimenzija određivanja straha od straha, čini razliku u odnosu na anksioznu osjetljivost koja se opisuje kao prethodnik i rizični faktor za panične i druge anksiozne poremećaje. Prema ovim autorima anksiozna osjetljivost ima porijeklo u različitim izvorima: neposrednim doživljajima anksioznosti, promatranju drugih osoba koje doživljavaju anksioznost, znanjima o neugodnim posljedicama anksioznosti, i dr. Naime, anksiozna osjetljivost se može javiti neovisno o neposrednim osobnim iskustvima panike i stoga može biti i rizični faktor, a ne samo posljedica paničnog napada (McNally, 2002). Istraživanje provedeno u skupini studenata pokazuje da 70% ispitanika sa visokim rezultatom na upitniku anksiozne osjetljivosti (ASI) nikada nije doživjelo niti jedan panični napad (prema McNally, 2002).

Anksiozna osjetljivost se pokazala najboljim prediktorom anksioznih poremećaja i paničnih napada i to kako u uzorcima zdravih ispitanika, tako i u kliničkim uzorcima ispitanika s paničnim napadima (prema McNally, 2002). Ispitanici s visokim rezultatom na upitniku anksiozne osjetljivosti koji su praćeni tijekom 3 godine, 5 puta češće dobivaju dijagnozu nekog anksioznog poremećaja. Nadalje, u skupini onih koji su u tom razdoblju doživjeli panične napade, njih oko 75% je bilo iz skupine s visokim rezultatom na upitniku anksiozne osjetljivosti (Reiss i sur., 2001).

Rezultati dobivenih istraživanja naveli su Chamblessa i suradnike da u kasnijim radovima promijene mišljenje smatrajući da je definiranje straha od straha previše ograničeno, jer pacijenti s paničnim poremećajem mogu pogrešno interpretirati i druge nejasne tjelesne simptome koji ne proizlaze iz anksioznosti već su znak različitih patoloških procesa (Chambless i suradnici, 2000). Ovakvo proširenje značenja konstrukta *straha od straha* s vremenom je bilo sve bliže postavkama kognitivne teorije anksioznosti i paničnih napada koju predstavljaju autori Aaron Beck, Gary Emery i David Clark (Beck, 1972; Beck i sur. 1979; Clark i Beck, 1989).

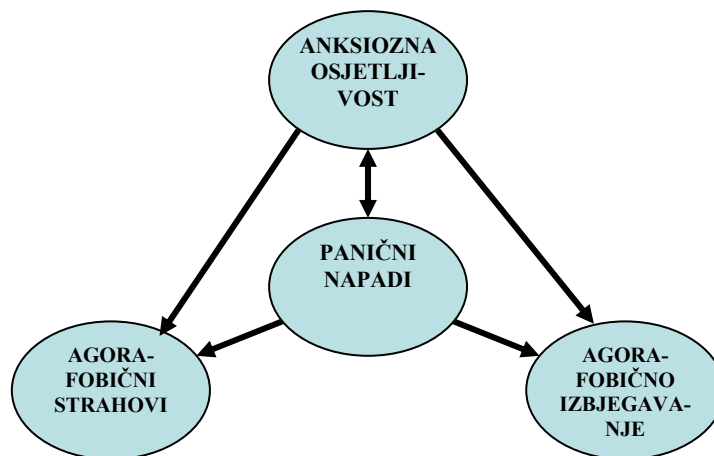
Anksiozna osjetljivost i panični poremećaji

Rezultati dosadašnjih istraživanja pokazuju da je povišena anksiozna osjetljivost odlučujući faktor u etiologiji paničnih napada i agorafobije. Rapee i sur. (1988, prema Edelmann 1992) smatraju da iako su fiziološke senzacije koje karakteriziraju panični napad uobičajene i u kliničkoj i u nekliničkoj populaciji, glavno obilježje koje ih razlikuje je anksiozni odgovor koji se javlja nakon ovakvih senzacija, tj. značenje i važnost koje osoba pridaje ovim senzacijama. U tom smislu se pojava konstrukta anksiozne osjetljivosti pokazala izuzetno korisnom u tumačenju straha od mogućih socijalnih i tjelesnih posljedica paničnog napada i anksioznosti.

Lilienfeld i suradnici (1993) smatraju da panične napade doživljavaju samo one osobe koje pored izražene crte anksioznosti imaju i visoku anksioznu osjetljivost. Anksiozna je osjetljivost povezana s paničnim napadima, ali se od njih razlikuje utoliko što se anksiozna osjetljivost odnosi na strah od javljanja simptoma vezanih za anksioznost, dok DSM kriteriji za panični napad označavaju prisutnost tih simptoma.

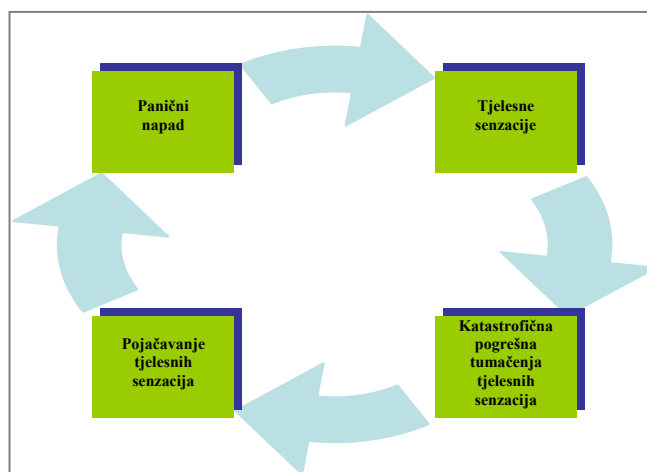
Prema Reissovoj teoriji očekivanja panična stanja su ustvari vrlo intenzivna stanja straha, a ne intenzivna stanja anksioznosti (Reiss, 1997). Upravo je na temelju anksiozne osjetljivosti moguće utvrditi vrlo jasnu razliku koja postoji između agorafobije (koja je snažno povezana sa paničnim napadima) i drugih oblika fobija. Anksiozna osjetljivost leži u osnovi agorafobije te pridonosi javljanju paničnih napada (*Slika 3*), dok je u osnovi ostalih fobija drugi temeljni strah tj. osjetljivost na bolest i /ili ozljeđivanje. To znači da će npr. osoba koja pati od agorafobije reći da se boji letjeti avionom zato što bi zatvoreni prostor u avionu mogao izazvati panični napad (anksiozna osjetljivost), dok će fobična osoba reći da izbjegava vožnju avionom jer se boji da će se avion srušiti (osjetljivost na ozljeđivanje).

Slika 3. Odnos između anksiozne osjetljivosti, paničnih napada i agorafobije (prema Taylor, 1995a)



Prema kognitivnoj teoriji tjelesna i psihološka iskustva povezana s panikom rezultirati će razvojem paničnog poremećaja samo kod onih osoba koje pogrešno interpretiraju simptome na katastrofičan način. Prema kognitivnim tumačenjima panični poremećaj nastaje u zatvorenom krugu u kojem se pojedini elementi pojačavaju pozitivnim povratnim potkrepljenjem (Slika 4). Paničnom napadu prethode tjelesne senzacije koje nakon pogrešne interpretacije postaju još intenzivnije i zastrašujuće do te mjere da izazivaju panični napad. Doživljaj paničnog napada je za većinu osoba sam po sebi toliko neugodan da će u situacijama kada se opet jave slične tjelesne senzacije kognitivna interpretacija biti još katastrofičnija i sam napad još intenzivniji.

Slika 4. Strah od straha i kognitivni model razvoja paničnih poremećaja



Pri tome je važno napomenuti da tjelesne senzacije mogu biti pogrešno protumačene neovisno o tome jesu li ugodne ili neugodne. Kao jedan od ekstremnih primjera može se navesti tzv. *relaksacijom inducirani panični napad* koji se javlja kod osoba koje su pretjerano osjetljive na sve tjelesne promjene, pa tako i u situacijama relaksacije mogu usporavanje srčanog ritma doživjeti kao alarm ili „okidač“ za panični napad.

U kognitivnom modelu Davida Clarka ključno mjesto u razvoju paničnih napada imaju *katastrofične interpretacije* neobičnih ili neočekivanih tjelesnih senzacija (Clark i Beck, 1989). U usporedbi s ovim stajalištem, anksiozna osjetljivost predstavlja opsežniji konstrukt, ona prelazi granice Clarkovog tumačenja jer obuhvaća strahove ne samo od neobičnih tjelesnih senzacija, već i od kognitivnih (npr. navala misli) i socijalno uočljivih (npr. drhtanje ruku) reakcija. Anksiozna osjetljivost odnosi se na stabilne osobne razlike u predispoziciji za strah od anksioznih simptoma. Katastrofične interpretacije mogu rezultirati u pojačanim anksioznim simptomima, koji potvrđuju takve pogrešne interpretacije. Kod osoba u kojih postoji određena predispozicija, taj samopojačavajući zatvoreni krug najčešće će rezultirati u paničnim napadima. Kognitivni model je kritiziran na temelju nalaza da se panični napadi često događaju i noću (u snu) i da mnogi pacijenti s paničnim poremećajima ne izvješćuju o katastrofičnim kognicijama koje se javljaju prije ili za vrijeme paničnih napada. Clark i suradnici (prema Clark i Beck, 1989) nisu potkrijepili svoje odgovore na ove kritike empirijskim nalazima, već tumačenjima temeljenim na spoznajama iz terapijskog rada prema kojima katastrofične interpretacije mogu u nekim slučajevima biti nesvjesne.

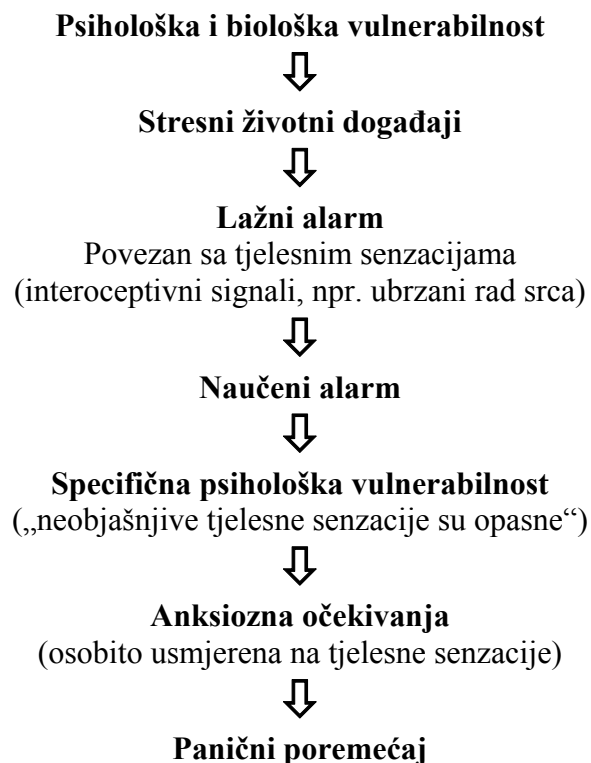
Dva kognitivna modela anksioznosti, model Aarona Becka i Davida Barlowa, osobito su zanimljiva u kontekstu proučavanja anksiozne osjetljivosti, zbog naglašavanja važnosti tjelesnih simptoma u anksioznim poremećajima, osobito paničnim poremećajima. Tako u Beckovom upitniku anksioznosti (*Beck Anxiety Inventory*, BAI, Beck i sur., 1988) od 21 čestice 6 se odnosi na kognitivne, a 14 na tjelesne simptome. U klaster analizama rezultata na ovoj skali dobivaju se 4 skupine simptoma:

1. skupina neurofizioloških simptoma (poput vrtoglavice, drhtavice, nemira, nesvjestice, slabosti u nogama, osjećaja ukočenosti, i dr.) predstavlja dominantni klaster simptoma;
2. skupina kognitivnih simptoma straha od straha (npr. strah da će se nešto strašno dogoditi, strah od gubitka kontrole, uplašenost, nervoza, nemogućnost opuštanja, i dr.);
3. skupina simptoma panike koja se sastoji od kardiovaskularnih simptoma (ubrzani rad srca), respiratornih simptoma (osjećaj gušenja i otežanog disanja), i straha od smrti;
4. skupina simptoma autonomnog živčanog sustava (poput osjećaja vrućine, znojenja, crvenila u licu, mučnine, neugode u truhu, i dr.).

U modelu paničnih poremećaja Davida Barlowa (2002) opisuje se *trostruka vulnerabilnost* za panične poremećaje (*Slika 5*). Prvi je psihološka vulnerabilnost u obliku sklonosti usmjeravanja anksioznosti na internalne somatske promjene i očekivanja da će događaji koji slijede biti izvan kontrole (kognitivna interpretacija). Drugi je faktor

biološke vulnerabilnosti koji predstavlja povećanu reaktivnost autonomnog živčanog sustava, interoceptivnu osjetljivost i tjelesnu svjesnost. Tjelesna ili somatska svjesnost označava način na koji osoba percipira, interpretira i reagira na informacije koje dobiva iz tijela (interoceptivne informacije). Često se u ovom kontekstu navodi i pojam anksioznog tijela, a odnosi se na sklonost anksioznih osoba da pojačano i katastrofično doživljavaju inače potpuno benigne tjelesne promjene (Bakal, 1999., Bakal i sur., 1995). Osobe koje su psihološki i biološki vulnerabilnije doživljavaju različite stresne životne događaje emocionalnije, intenzivnije i neugodnije od neanksioznih osoba. Treći je faktor autor nazvao lažni alarm i opisuje ga kao specifične kognitivne i bihevioralne operacije koje su organizirane kao mehanizam negativne povratne sprege. U ovom mehanizmu visoke razine neugodnih emocija i percepcija internalnih i eksternalnih procesa se događaju na jedan nepredvidljiv i nekontrolabilan način i same po sebi predstavljaju alarm. Ovakav lažni alarm je vrlo intenzivan i stoga se brzo uči i vrlo je otporan na „gašenje“ kroz terapiju. Na taj način, za osobe s paničnim poremećajem, unutrašnji signali kroz procese učenja s vremenom imaju istu funkciju kao i vanjski signali za osobe s fobijama. Osobe s paničnim poremećajem boje se promjena koje se događaju u njihovom tijelu, dok se osobe s fobijama boje promjena koje se događaju u njihovoj okolini. Stoga, prema modelu Barlowa, panika nije rezultat samo biološke disregulacije, niti samo pogrešne kognitivne interpretacije somatskih promjena, već mora postojati i ovaj specifični oblik anksioznog odgovora koji je sam sebi prijetnja, a koji je fenomenološki gledano najbliži anksioznoj osjetljivosti.

Slika 5. Model etiologije paničnih napada Davida Barlowa (2002)



Važnost kognitivnih faktora u interpretaciji tjelesnih procesa do danas je potvrđena u brojnim istraživanjima. Premda se jedno vrijeme smatralo da osobe s paničnim poremećajem pogrešno interpretiraju sve prijetee događaje, pokazalo se da se ipak dominantno radi o osobnim tjelesnim senzacijama. Naime, pacijenti s paničnim poremećajem su se značajno razlikovali od pacijenata s ostalim anksioznim poremećajima upravo po tome što su bili skloniji negativno tumačiti vlastite tjelesne doživljaje, ali ne i npr. socijalne situacije ili odnose. Isto tako, radilo se o pogrešnom tumačenju isključivo vlastitih tjelesnih procesa, ali ne i istih procesa kod drugih osoba. To znači da se kod pacijenata s paničnim poremećajem radi o specifičnoj povezanosti između katastrofičnog tumačenja i straha od vlastitih tjelesnih senzacija, a ne o općem uvjerenju da te senzacije za sve ljude mogu biti znak opasnosti (prema Chambless i sur. 2000).

Anksiozna osjetljivost u djetinjstvu i adolescenciji

Reiss je već u prvim svojim radovima, a osobito u sklopu teorije motivacije, naglašavao mogućnost rane identifikacije anksiozne osjetljivosti u djece (Reiss i sur., 2001). Tvrdio je da povišene razine anksiozne osjetljivosti kod djece u dobi od 7 do 14 godina mogu biti pouzdan prediktor razvoja paničnog poremećaja u dobi od 16 do 30 godina. Reiss je smatrao da djeca već u dobi od 7 do 10 godina imaju oblikovana vjerovanja o tome što će se dogoditi kada postanu nervozna ili dožive neki stres. Takva vjerovanja u budućnosti pridonose povećanoj zabrinutosti i pogrešnoj interpretaciji u stresnim situacijama. Upravo ovako rano prepoznavanje otvara mogućnosti prevencije različitih anksioznih poremećaja.

Od kad je 1991. godine Wendy Silverman konstruirala skalu anksiozne osjetljivosti za djecu (Silverman i sur. 1991; 1999) sve je više istraživanja u kojima se panični napadi kod djece proučavaju upravo u svjetlu ovog konstrukta. Sama autorica je provjerila da li anksiozna osjetljivost, kao rezultat bioloških faktora i učenja, te kao predisponirajući faktor u razvoju anksioznih poremećaja u odrasloj dobi, pokazuje sličnu simptomatologiju i povezanost s crtom anksioznosti i simptomima anksioznosti i kod djece. Rezultati njenog istraživanja (Silverman i sur. 1991) pokazuju da je anksiozna osjetljivost drukčiji koncept, ali povezan s anksioznošću, te da je opravdano koristiti ga u istraživanjima anksioznosti u dječjoj i adolescentnoj dobi. Ovi rezultati potvrđeni su u radovima Laua i sur. (1996) koji su utvrdili značajnu povezanost između anksiozne osjetljivosti i paničnih simptoma u uzorku adolescenata.

Chorpita i Lilienfeld (1999) postavljaju pitanje internalnih atribucija, točnije dovode u pitanje mjerenje anksiozne osjetljivosti kod djece jer djeca u razdoblju konkretnih operacija nemaju sposobnosti praviti atribucije koje su integralni dio procesa razvoja anksiozne osjetljivosti. No, prema Reissovoj teoriji i Taylorovom tumačenju, anksiozna osjetljivost se opisuje prvenstveno kao *uvjerenje*, *vjerovanje*, a ne kao atribucija o posljedicama anksioznosti. Čini se da djeca mogu naučiti da su fiziološki simptomi povezani s negativnim posljedicama i razviti vjerovanja vezana za negativnu prirodu uzbuđenja vezanog za anksioznost. Npr. dijete može kroz procese modeliranja ili operantnog uvjetovanja naučiti da anksiozni simptomi imaju negativne posljedice i stoga postati osjetljivi i bojati se anksioznosti. U istraživanju koje su proveli Mattis i Ollendick

(1997) ispitivani su kognitivni odgovori na tjelesne simptome panike u skupinama djece 3., 6. i 9. razreda. Djeca su slušala audio kazetu na kojoj je opisan panični napad i rečeno im je da zamisle da doživljavaju ono što čuju na kazeti. Pokazalo se da samo djeca sa visokim rezultatom na upitniku anksiozne osjetljivosti imaju i internalne katastrofične atribucije poput misli da će poludjeti, da će izgubiti kontrolu, da će umrijeti i sl. autori su zaključili da visoke razine anksiozne osjetljivosti predstavljaju dobar prediktor katastrofičnih atribucija djece svih dobnih skupina. Nadalje, moguće je zaključiti i da visoke razine anksiozne osjetljivosti u kombinaciji sa sklonosti internalnim atribucijama u situacijama negativnih ishoda, stvaraju temelj za razvoj paničnih napada, a zatim i paničnih poremećaja kod djece i adolescenata.

S obzirom na dosadašnja istraživanja čini se značajnim identificirati simptome anksiozne osjetljivosti kod djece i adolescenata i zbog toga što se pokazalo da se pomoću anksiozne osjetljivosti mogu uspješno razlikovati djeca s anksioznim poremećajima od djece bez tih poremećaja, kao i djece s ostalim psihološkim problemima (Pollock i sur., 2002.; Rabian i sur. 1993). Nadalje, anksiozna osjetljivost se pokazala dobrim prediktorom tzv. interoceptivnog straha, tj. straha od tjelesnih senzacija za vrijeme nekih tjelesnih napora ili zdravstvenih tegoba. Tako se pokazalo da je u usporedbi sa simptomima boli, simptomima somatizacije, crtom anksioznosti i simptomima paničnog napada, anksiozna osjetljivost najbolji prediktor straha od boli kod djece prosječne dobi 13 godina (Muris i sur., 2001). Djeca koja imaju visoke razine anksiozne osjetljivosti doživljavaju iste razine boli značajno intenzivnije u usporedbi s djecom koja imaju prosječne ili niske razine anksiozne osjetljivosti.

U većem broju novijih istraživanja utvrđena je i visoka korelacija između anksiozne osjetljivosti i depresivnosti: u istraživanju Weemsa i suradnika (1997) ta je korelacija iznosila 0,52, a u istraživanjima koja su provedena u Hrvatskoj ta povezanost je bila veća nego sa nekim drugim oblicima anksioznosti ($r= 0,63$) (Vulić-Prtorić, 2004; Vulić-Prtorić i Macuka, 2004). Pretpostavlja se da je u osnovi ove povezanosti dominantan jedan od faktora anksiozne osjetljivosti, točnije Strah od gubitka kognitivne kontrole (frenofobija), koji najviše korelira s depresivnosti. Dobiveni rezultati idu u prilog hipotezama o anksioznoj osjetljivosti kao faktoru vulnerabilnosti za veći broj psihopatoloških problema, a ne samo anksioznosti.

Mjerenje anksiozne osjetljivosti

Najpoznatiji i u istraživanjima najviše korišten mjerni instrument za ispitivanje anksiozne osjetljivosti je **Indeks anksiozne osjetljivosti** (*Anxiety Sensitivity Index – ASI*) autora Stevena Reissa i suradnika (Reiss i sur., 2001). Ovaj upitnik sastoji se od 16 čestica kojima se ispituje strah od javljanja simptoma anksioznosti, a zbog vjerovanja da će ti simptomi imati teške posljedice. Cronbach alpha za ovu skalu kreće se od 0.82 do 0.91. Do danas je ASI provjeren u velikom broju istraživanja, pri čemu su osobito značajni rezultati dobiveni u kliničkim uzorcima. Osim potvrđene teorijske utemeljenosti ovog konstrukta, potvrđena je i hipoteza da se ne radi o još jednoj skali anksioznosti već o specifičnom mjernom instrumentu koji može poslužiti za utvrđivanje rizika i za one probleme koji se skalama anksioznosti ne mogu zahvatiti.

U namjeri da poboljšaju psihometrijske kvalitete ASI-ja u skladu s najnovijim nalazima o hijerarhijskom ustrojstvu ovog konstrukta Taylor i Cox (1998) predložili su prošireni oblik od 36 čestica- tzv. *Anxiety Sensitivity Index – Revised ASI-R*. Ovim instrumentom zahvaćaju se 4 aspekta anksiozne osjetljivosti: strah od kardiovaskularnih simptoma, strah od anksioznih reakcija vidljivih u javnosti, strah od gubitka kognitivne kontrole i strah od respiratornih simptoma.

Goldstein i Chambless su zajedno sa svojim suradnicima razvili 2 mjere kojima se ispituje konstrukt straha od straha: **Upitnik tjelesnih senzacija** (*Body Sensations Questionnaire – BSQ*) i **Upitnik agorafobičnih misli** (*Agoraphobic Cognitions Questionnaire – ACQ*) (prema Chambless i sur. 2000). ACQ je upitnik od 14 čestica koji ispituje katastrofične misli vezane za anksiozne simptome (npr. *Čini mi se da ću doživjeti moždani udar*) i katastrofične misli o socijalnim, kognitivnim i bihevioralnim posljedicama gubitka kontrole (poput *Čini mi se da ću poludjeti*). Cronbach alpha za ovu skalu iznosi 0.86. BSQ se sastoji od 17 čestica kojima se mjeri razina straha od tjelesnih simptoma koji se javljaju u paničnim napadima. Cronbach alpha za ovu skalu iznosi 0.88. Dosadašnji rezultati dobiveni primjenom ovih upitnika potvrđuju hipoteze kognitivnih teoretičara anksioznosti da su tjelesni simptomi povezani s anksioznosti ili paničnim napadima zastrašujući prvenstveno zbog toga što ih osoba pogrešno interpretira kao znak nekih katastrofičnih zbivanja (Chambless i sur. 2000).

Osim navedenih, u manjem broju istraživanja korištena je i **Skala anksioznih simptoma i vjerovanja** (*Anxiety Symptoms and Beliefs Scale*) (Kenardy i sur., 1992, prema Taylor 1995a) kojom se ispituju vestibularni i respiratorni simptomi, te strah od gubitka kontrole i autonomnog uzbuđenja. **Skala agorafobičnih misli** (*Agoraphobic Cognitions Scale*) (Hoffart i sur., 1992, prema Taylor 1995a) kojom se ispituje razina do koje su za osobu zastrašujuće neugodne posljedice anksioznosti (poput osjećaja nesvjestice, umiranja, gubitka kontrole, i sl.). Pregled rezultata brojnih istraživanja u kojima su korišteni navedeni upitnici prikazan je u radu Lilienfelda i suradnika (1993) i Taylora (1995a i b).

Za djecu i adolescente do danas je najčešće korišten **Indeks anksiozne osjetljivosti za djecu** (*Childhood Anxiety Sensitivity Index- CASI*) autorice Wendy Silverman (1991) koji predstavlja modifikaciju skale za odrasle ASI. Skala sadrži 18 tvrdnji koje mjere anksioznu osjetljivost djeteta kroz njihovu procjenu nelagode i prijetnje uslijed javljanja anksioznih simptoma. Pouzdanost tipa unutrašnje konzistencije iznosi .87. Po uzoru na poboljšanja koja su pratila razvoj ASI, autorica je 1999. godine napravila reviziju koja se u istraživanjima pokazala pouzdanijim mjernim instrumentom (npr., u istraživanju Murisa i suradnika (2002) pouzdanost tipa Cronbach alpha iznosi čak 0.93).

U našoj zemlji, osim Indeksa anksiozne osjetljivosti za djecu, do sada je korištena i **Skala anksiozne osjetljivosti – paničnih napada – agorafobije (APA)** koja je jedna od 8 subskala Skale strahova i anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-62 (Vulić-Prtorić, 2004). Konstruirana je po uzoru na suvremene upitnike kojima se ispituju anksiozna osjetljivost, panični napadi i agorafobija u djece i adolescenata. Sastoji se od 12 tvrdnji od kojih 8 opisuju **anksioznu osjetljivost** tj. tjelesne reakcije poput ubrzanog rada srca, bolove u trbuhu, vrtoglavicu, mučninu, osjećaj gušenja, te katastrofične kognitivne interpretacije vezane za te tjelesne reakcije; dvije tvrdnje opisuju agorafobične

strahove, a dvije tvrdnje simptome paničnog napada. Pouzdanost ove skale utvrđena je na normativnom i kliničkom uzorku od preko 2000 ispitanika u dobi od 10 do 18 godina i iznosi Cronbach alpha = 0.80.

Zaključak

Pojavom konstrukta anksiozne osjetljivosti postalo je jasno u kolikoj je mjeri etiologija svakog anksioznog poremećaja složena i specifična, te da manifestno vrlo slična simptomatologija može rezultirati iz vrlo različitih razvojnih putova. Ovi nalazi značajno su pridonijeli boljem razumijevanju fenomenologije anksioznih poremećaja općenito, a osobito su se pokazali značajni za klinički rad s anksioznim pacijentima.

Na temelju dosadašnjih istraživanja može se zaključiti da će anksiozna osjetljivost naći kliničku primjenu na dva velika područja: u prevenciji i terapiji anksioznih poremećaja (osobito paničnih poremećaja), te u području zdravstvene psihologije (osobito suočavanja s boli).

Već su prvi nalazi pokazali značajnu povezanost između anksiozne osjetljivosti i paničnih poremećaja, te mogućnost prevencije anksioznih poremećaja ranom identifikacijom simptoma anksiozne osjetljivosti. Također se pokazalo da je kognitivno – bihevioralnom terapijom moguće uspješno smanjiti simptome anksiozne osjetljivosti te na taj način, posredno, djelovati na smanjenje intenziteta i učestalosti simptoma agorafobije i paničnog poremećaja (McNally, 2002). Reiss (2001) upozorava da ako se dokaže da je anksiozna osjetljivost u djetinjstvu rizični faktor za panične poremećaje u odrasloj dobi, kliničari će moći procjenjivati razinu vulnerabilnosti za panične poremećaje čak 10 do 15 godina prije nego što se poremećaji obično prvi put dijagnosticiraju.

Važno je napomenuti da anksiozna osjetljivost ima značajno mjesto u kontekstu srodnih fenomena u zdravstvenoj psihologiji. Naime, simptomi anksiozne osjetljivosti u velikoj mjeri mogu poslužiti i u objašnjavanju poremećaja somatizacije, jer su neobjašnjive vrtoglavice, osjećaj nesigurnosti i nesvjestice simptomi koji u podjednako mjeri karakteriziraju i anksiozne osobe i osobe s poremećajem somatizacije. U tom se smislu somatski aspekt konstrukta anksiozne osjetljivosti može promatrati u širem kontekstu kognitivne interpretacije tjelesnih simptoma, a osobito tzv. *tjelesne svjesnosti* ili *anksioznog tijela*. Kako se simptomima anksiozne osjetljivosti mogu dodatno pojasniti ovi psihološki procesi, može se pretpostaviti da će dio budućih istraživanja na ovom području najvjerojatnije ići u tom smjeru.

LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga (1996): DSM-IV: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Bakal, D. (1999): *Minding the Body: Clinical Uses of Somatic Awareness*. New York, London: The Guilford Press.
3. Bakal, D., Hesson, K., Demjen, S. (1995): Anxiety and somatic awareness. u: Craig K.D. & Dobson K.S. (Eds) *Anxiety and Depression in Adults and Children*, California, SAGE Publications, 135-159.
4. Barlow, D.H. (2002): *Anxiety and Its Disorders: The Nature of Anxiety and Panic*. New York – London: The Guilford Press.
5. Beck, A.T. (1972): Cognition, anxiety and psychophysiological disorders. u Spielberger, C.D. (Ed.) *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, New York, San Francisco, London: Academic Press, 2, 343-354.
6. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979): *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
7. Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988): An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
8. Chambless, D.L., Beck, A., Gracely, E.J., Grisham, J.R. (2000): Relationship of cognitions to fear of somatic symptoms: a test of the cognitive theory of panic. *Depression and Anxiety*, Vol.11, 1-9.
9. Chorpita, B.F., Lilienfeld, S.O. (1999): Clinical assessment of anxiety sensitivity in children and adolescents: Where do we go from here? *Psychological Assessment*, 11, 212-224.
10. Clark, D.A., Beck, A.T. (1989): Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. u Kendall P.C., Watson D. (Eds.) *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. New York, Academic Press, Inc., 379-412.
11. Craig, K.D., Dobson, K.S. (Eds) (1995): *Anxiety and Depression in Adults and Children*, California: SAGE Publications
12. Edelman, R.J. (1992): *Anxiety: Theory, Research and Intervention in Clinical and Health Psychology*. John Wiley & Sons:UK.
13. Hagopian, L.P., Ollendick, H. (1996): Behavioral inhibition and anxiety sensitivity: a reanalysis. *Personality and Individual Differences*, 21, 247-252.
14. Lau, J.J., Calamari, J.E., Waraczynski, M. (1996): Panic attack symptomatology and anxiety sensitivity in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 355-364.
15. Lilienfeld, S.O., Turner, S.M., Jacob, R.G. (1993): Anxiety sensitivity: an examination of theoretical and methodological issues. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 147-183.

16. Mattis, S.G., Ollendick, T.H. (1997): Children's cognitive responses to the somatic symptoms of panic. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 47-57.
17. McNally, R.J. (2002): Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52, 938-946.
18. Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H., Schouten, E. (2001): Anxiety sensitivity in adolescents: Factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 89-100.
19. Muris, P., Vlaeyen, J., Meesters, C. (2001): The relationship between anxiety sensitivity and fear of pain in healthy adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1357-1368.
20. Pollock, R.A., Carter, A.S., Avenevoli, S., Dierker, L.C., Chazan-Cohen, R., Merikangas, K.R. (2002): Anxiety sensitivity in adolescents at risk for psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 343-353.
21. Rabian, B., Peterson, R.A., Richters, J., Jensen, P.S (1993): Anxiety sensitivity among anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 441-446.
22. Reiss, S. (1991): Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 20, 141-153.
23. Reiss, S. (1997): Trait anxiety: It's not what you think it is. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 201-214.
24. Reiss, S. (2004): Multifaceted nature of intrinsic motivation: The theory of 16 basic desires, *Review of General Psychology*, 8, 179-193.
25. Reiss, S., Peterson, R.A., Gursky, D.M., McNally, R.J. (1986): Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
26. Reiss, S., Silverman, W., Weems, C.F. (2001): Anxiety sensitivity. u Vasey M.W. i Dadds M.R. (ur) *The Developmental Psychopathology of Anxiety*. Oxford: University Press, 92-111.
27. Sexton K.A., Norton P.J., Walker J.R., Norton G.R. (2003) Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety, *Cognitive Behaviour Therapy*, Vol.32, No.2, 82-94.
28. Silverman, W.K., Fleisig, W., Rabian, B., Peterson, R.A. (1991): Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 162-168.
29. Silverman, W.K., Ginsburg, G.S., Goedhart, A.W. (1999): Factor structure of the Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 903-917.
30. Strongman, K.T. (1995): Theories of anxiety. *New Zealand Journal of Psychology*, 24, 4-10.
31. Taylor, S. (1995a): Anxiety sensitivity: theoretical perspectives and recent findings. *Behavioral Research and Therapy*, 33, 243-258.
32. Taylor, S. (1995b): Issues in the conceptualization and measurement of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 163-174.

33. Taylor, S. (1998): The hierarchic structure of fears. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 205-214.
34. Taylor, S., Cox, B.J. (1998): An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 463-483.
35. Vulić-Prtorić, A. (2004): *SKAD-62 Priručnik za skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente*. Jastrebarsko: «Naklada Slap»
36. Vulić-Prtorić, A., Macuka, I. (2004): Anksioznost i depresivnost: fenomenologija komorbidnosti. *Suvremena psihologija*, 7, 45-64.
37. Watson, D., Clark, L.A., Weber, K., Assenheimer, J.S., Strauss, M.E., McCormick, R.A. (1995): Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15-25.
38. Watson, D., Kendall, P.C. (1989): Understanding anxiety and depression: Their relation to negative and positive affective states. u Kendall P.C., Watson D. (Eds.): *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. New York, Academic Press, Inc., 3-26.
39. Weems, C.F., Hammond-Laurence, K., Silverman, W.K., Ferguson, C. (1997): The relation between anxiety sensitivity and depression in children and adolescents referred for anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 35, 961-966.
40. Weiss, B., Susser, K., Catron, T. (1998): Common and specific features of childhood psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 118-127.
41. Zinbarg, R.E., Barlow, D.H., Brown, T.A. (1997): Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index. *Psychological Assessment*, 9, 277-284.