

AGATA KUDLIK

Myśli intruzyjne w populacji zdrowej – norma czy fenomen?

Cechą charakterystyczną ludzkiego umysłu i niejako wyróżniającą go ze świata przyrody jest doświadczanie specyficznych zdarzeń poznawczych, tj. myśli. Przeciętny czas trwania myśli wynosi 5 sekund, co oznacza, że w ciągu dnia doświadczamy ich w liczbie około 4000 [Klinger 1996]. Zazwyczaj kojarzą się one z pewnego rodzaju aktywnością celową, mającą uzasadniony i intencjonalny kierunek. Sama czynność myślenia jest ściśle utożsamiana z rozumowaniem, wyciąganiem wniosków, rozwiązywaniem problemów oraz planowaniem. Okazuje się, że celowy, zorientowany na zadanie ciąg myśli może być natomiast przerywany niechcianą aktywnością poznawczą, która przeszkadza w efektywnym funkcjonowaniu, zarówno w „produktywnej” aktywności myślowej, jak i w wykonywaniu zadań intelektualnych [Sarason, Pierce, Sarason 1996]. Tę niechcianą, zaburzającą aktywność określamy mianem myśli intruzyjnych (intruzji). Jak możemy je scharakteryzować?

Podczas stosunkowo krótkiego okresu badań wypracowano różne definicje myśli intruzyjnych, różniące się przede wszystkim stopniem ogólności. Przykładowo bardzo szerokie ujęcie zjawiska prezentują Penny Yee i Jonathan Vaughan [1996], którzy za myśl intruzyjną uznają każdą świadomą myśl o pochodzeniu wewnętrznym, zakłócającą bieżące wykonywanie zadań. Stanley Rachman definiuje ją jako „powtarzającą się myśl, obraz lub impuls, która jest nieakceptowalna i/lub niechciana, oraz powiązana z odczuwaniem psychicznego dyskomfortu” [Rachman 1981, s. 88]. Z kolei Mardi Horowitz i Eric Klinger akcentują zakłócanie przez intruzje bieżącej aktywności poznawczej oraz ich uporczywość i trudności w kontroli [Horowitz 1975; Klinger 1996]. Stosunkowo najbardziej pełną definicję myśli intruzyjnych podają David Clark i Shelley Rhyno. Określają oni myśl intruzyjną jako

każde wyraźne, możliwe do identyfikacji zdarzenie poznawcze, które jest niechciane, niezamierzone i powtarzające się. Przerywa strumień myśli, przeszkadza w wykonywaniu zadań, jest powiązane z negatywnym afektem i trudne do kontroli [Clark, Rhyno 2005, s. 4].

Zbiorcze ujęcie różnych definicji myśli intruzyjnych pozwala wyróżnić ich charakterystyczne cechy. Przede wszystkim myśl intruzyjna jest pochodzenia wewnętrznego, tzn. jednostka ma świadomość, że każda myśl stanowi wytwór jej umysłu, a nie skutek działania sił zewnętrznych (np. zsyłania myśli), jak to się często dzieje w stanach psychotycznych. Ponadto jest to wyraźne, łatwe do wyodrębnienia zdarzenie poznawcze, mogące przyjmować charakter myśli werbalnej, obrazu i/lub impulsu. Myśli intruzyjne

pojawiają się nagle, często przy braku obecności jakichkolwiek czynników zewnętrznych. Można powiedzieć, że wręcz wdzierają się do świadomości. Pojawiają się niezależnie od naszej woli i są trudne zarówno do kontroli, jak i do usunięcia z umysłu. Co więcej, mają tendencję do powtarzania się i nawrotów. Dodatkowo cechuje je łatwość przechwytywania naszej uwagi i zakłócania bieżącej aktywności poznawczej (przede wszystkim wszelkich zadań wymagających skupienia się i koncentracji). Inne bardzo ważne cechy intruzji polegają na tym, że wspomniane myśli są niechciane i trudne do akceptacji. Bardzo często towarzyszą im negatywne emocje (lęk, obniżenie nastroju, poczucie winy). Te dwie ostatnie właściwości intruzji są o tyle istotne, że pozwalają odróżnić je od zjawisk, które również spełniają większość ww. kryteriów. Śnienie na jawie, fantazje, stany inspiracji oraz natchnienia również pojawiają się raczej niezależnie od naszej woli, nie poddają się kontroli i odrywają nasze myśli od wykonywanych czynności. W odróżnieniu od myśli intruzyjnych odczuwa się je jednak jako pożądane i przyjemne [Clark, Rhyno 2005].

Niechciane myśli intruzyjne występują powszechnie w rozmaitych zaburzeniach psychicznych (m.in. w zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych, zaburzeniach lękowych, depresji, zespole stresu pourazowego). Dla części z nich, np. zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, stanowią wręcz cechę definicyjną. W zaburzeniu tym osoby cierpią z powodu niezwykle silnych, stresujących myśli, zaburzających ich funkcjonowanie i aktywność (tzw. obsesji). Nie są w stanie skupić uwagi na żadnej innej treści myślowej. Jedynym sposobem ochrony przed obsesjami stają się nasilone, przymusowe czynności (tzw. kompulsje), np. wielokrotne mycie rąk w ciągu dnia w obawie przed zakażeniem [Sarason i in. 1996]. Można zadać pytanie, czy osoby zdrowe również doświadczają intruzji, i na ile te intruzje są podobne, a na ile różne od tych występujących w zaburzeniach?

Pierwszym, pionierskim badaniem poruszającym kwestię występowania intruzji u zdrowych osób było badanie S. Rachmana i P. de Silvy [1978]. 84% uczestników relacjonowało doświadczanie niechcianych intruzyjnych myśli, obrazów lub impulsów bardzo zbliżonych do obsesji, tj. intruzji występujących *stricte* w zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych (myśli o brudzie i grożącym zakażeniu, uporczywe myśli o wypadku, myśli o treści agresywnej i seksualnej w stosunku do innych osób). Przede wszystkim treść takich myśli była odczuwana jako szczególnie nieprzyjemna, dziwaczna, całkowicie niezgodna z wyznawanymi poglądami i systemem wartości (np. śmiałe myśli seksualne u osoby pruderyjnej). Prace innych badaczy także przemawiają za powszechnością występowania zbliżonych do obsesji myśli w zdrowej populacji. Doświadczą ich 80–90% osób [Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon 1991; Niler, Beck 1989; Parkinson, Rachman 1981; Purdon, Clark 1993; Salkovskis, Harrison 1984].

Nowsze badania sugerują jednak, że nie należy wyolbrzymiać częstości występowania tego typu myśli w zdrowej populacji. Owszem, zdrowe osoby doświadczają obsesji, ale rzadko, kilka razy do roku [Purdon, Clark 1994a,b], natomiast znacznie częściej u ludzi zdrowych pojawiają się myśli intruzyjne o treści egosyntonicznej, czyli – przeciwnie niż to było w przypadku obsesji – odczuwane jako zgodne z wyznawanymi przez daną osobę normami i systemem wartości. Treść nieprzyjemnych, trudnych do kontroli myśli jest najczęściej związana z aktualnymi zmartwieniami [Lee, Kwon 2003]. Znalazło to odzwierciedlenie również w moich badaniach, prowadzo-

nych w celu stworzenia kwestionariusza do pomiaru myśli intruzyjnych. Najwięcej badanych wskazało na niechciane myśli związane z aktualnymi zmartwieniami (64%), wspomnieniami z przeszłości (55%), zwątpieniem w siebie (49%), porażką/przegraną (47%), relacjami z innymi ludźmi (42%) oraz śmiercią (41%). Potwierdza to tezę, że dla zdrowych osób charakterystyczne są raczej intruzje o treści osobistej, często związanej z obecnymi lub przeszłymi problemami, w odróżnieniu od intruzji klinicznych, ukierunkowanych na treści zewnętrzne (brud, zarazki itp.). Takie odnoszące się do zmartwień intruzje mogą występować kilka razy w tygodniu i najczęściej mają one charakter lękowy lub depresyjny [Wang, Clark, Purdon 2003].

Jak zauważa Eric Klinger [1978], 96% myśli odnosi się do naszych codziennych doświadczeń, z czego 67% dotyczy obecnej sytuacji życiowej. Wpływa stąd wniosek, że szczególne okoliczności, zwłaszcza stresowe, mogą nasilić występowanie myśli intruzyjnych u zdrowych osób. Tezę tę potwierdzają wyniki badań. Przykładowo studenci relacjonowali istotny wzrost częstości i natrętnego powracania stresujących myśli intruzyjnych po obejrzeniu nieprzyjemnego filmu nt. wypadku lub zranienia ([Horowitz 1975; Tata 1989]. U osób wysokolękowych w warunkach oceniania (a więc stresowych) powszechne okazały się intruzyjne myśli dotyczące wątpliwości na swój temat, braku poczucia bezpieczeństwa oraz możliwości porażki [Sarason i in. 1996]. Niechciane, nieprzyjemne i trudne do kontroli myśli na temat krzywdy, zranienia lub możliwej choroby dziecka zgłaszało 65% rodziców noworodków [Abramowitz, Schwartz, Moore 2004].

Czy istnieją jakieś prawidłowości związane z doświadczaniem myśli intruzyjnych w zdrowej populacji? Czy ich pojawianie się jest powiązane z innymi czynnikami psychicznymi, np. odczuwanym nastrojem? Wyłania się tu dosyć spójny obraz. Im częściej pojawia się niechciana intruzja, tym silniejsze emocje wywołuje u danej osoby. Ponadto myśli o dużej frekwencji i powiązane z odczuwaniem stresu są trudniejsze do kontroli [Clark, de Silva 1985; Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon 1992; Niler, Beck 1989; Parkinson, Rachman 1981; Purdon, Clark 1994a; Reynolds, Salkovskis 1991; Salkovskis, Harrison 1984]. Częste, negatywne intruzje okazały się powiązane z obniżeniem nastroju, z jednej strony, oraz z redukcją myśli pozytywnych z drugiej [Reynolds, Salkovskis 1992]. Ponadto istnieją dowody, że osobisty stosunek jednostki do pojawiających się w jej głowie myśli intruzyjnych może do pewnego stopnia wpływać na ich charakterystykę, tj. częstość ich pojawiania się oraz możliwości kontroli. Wpływ ma tu przede wszystkim ocena myśli oraz przypisywana im ważność i znaczenie. Intruzje oceniane jako niemożliwe do przyjęcia, zasługujące na dezaprobatę (np. dotyczące nieakceptowanych zachowań seksualnych), są najtrudniejsze do kontroli [Freeston i in. 1991]. Podobnie, im bardziej ktoś czuje się odpowiedzialny za swoje myśli i im bardziej obawia się, że mogą się one przełożyć na realne konsekwencje, tym bardziej owe myśli stają się natrętne i uporczywe [Clark, Purdon, Byers 2000; Purdon, Clark 1994a,b]. Przykładem znanym z codziennego życia jest unikanie niektórych myśli oraz mówienia o nich („Nie wywołuj wilka z lasu”, „Nie zapeszaj”), co odzwierciedla przekonanie, jakoby miały one wpływ na rzeczywistość.

Następną ważną sprawą związaną z intruzjami jest zaangażowanie uwagowe, czyli świadoma uwaga, jaką im poświęcamy. Często w przypadku wystąpienia intruzji, zwłaszcza jeżeli jest ona nieprzyjemna i trudna do akceptacji, ludzie podejmują próby

pozbycia się tej myśli, stłumienia jej. Okazuje się, że takie celowe odwracanie uwagi przynosi skutek odwrotny od zamierzonego, tj. prowadzi do natychmiastowego lub odroczonego zwiększenia ich liczby i uporczywości [Purdon 2001; Purdon, Clark 2001].

Z tego, co zostało do tej pory powiedziane na temat intruzji w zdrowej populacji, wynika, że większość „normalnych” osób doświadcza niechcianych, intruzyjnych myśli, obrazów lub impulsów. Ich treść może być „dziwaczna”, zbliżona do obsesji klinicznych. Zdecydowanie częściej w zdrowej populacji występują natomiast lękowe i/lub depresyjne myśli egosyntoniczne (zgodne z systemem wartości i poglądami danej osoby). Stres lub okoliczności życiowe mogą wyzwać myśli intruzyjne oraz prowokować ich nawroty. Nie ma jasności co do częstości występowania poszczególnych typów intruzji w zdrowej populacji. Nie wiadomo też, dlaczego niektóre osoby są bardziej podatne na te myśli. W tym miejscu można zadać pytanie: co odróżnia intruzje „normalne” od klinicznych, występujących w zaburzeniach, i dlaczego większość z nas potrafi efektywnie funkcjonować z intruzjami, podczas gdy u innych dezorganizują całą aktywność i zmuszają do szukania pomocy u specjalistów?

Różnice pomiędzy niechcianymi myślami intruzyjnymi u osób zdrowych i zaburzonych mają raczej charakter ilościowy niż jakościowy – są zazwyczaj związane z nasileniem intruzji niż z ich rodzajem. Jeżeli np. porównać osoby zdrowe z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (zaburzenia, w których nasilone myśli intruzyjne są głównym symptomem), okazuje się, że pacjenci częściej doświadczają intruzji, są one bardziej stresujące oraz odczuwane jako w większym stopniu nieakceptowane i niekontrolowane [Calamari, Janeck 1997; Janeck, Calamari 1999; Langlois, Freeston, Ladouceur 2000a,b; Rachman, de Silva 1978]. Osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi odczuwają ponadto przemożny przymus kontrolowania swoich obsesji, starają się za wszelką cenę je stłumić oraz przeżywają silne poczucie winy, gdy dana myśl pojawia się u nich znowu [Ladouceur, Freeston, Rhéaume, Dugas, Gagnon, Thibodeau, Fournier 2000]. Zdrowe osoby zwykle nie przywiązują większej wagi do pojawiających się niechcianych myśli. Intruzje mogą powodować u nich złość albo zaniepokojenie, ale zdrowi ludzie nie mają jednak poczucia, że muszą stawić im opór i za wszelką cenę się ich pozbyć [Clark 2004]. Są w stanie przejść nad nimi do porządku dziennego, postrzegają je jako mające niewielki lub zgoła żaden wpływ na ich codzienne życie.

Reasumując, niechciane myśli intruzyjne występują zarówno u osób zaburzonych, jak i w zdrowej populacji. Można powiedzieć, że obsesje kliniczne to taki ekstremalny wariant normalnie pojawiających się niechcianych myśli. To, czy niechcianą myśl należy uważać za obsesję, czy za irytującą, ale stosunkowo niegroźną intruzję, będzie zależało od subiektywnego doświadczenia danej myśli i przypisywanego jej znaczenia [Langlois, Freeston, Ladouceur 2000a,b]. W dalszym ciągu nie wiadomo natomiast tak naprawdę, co powoduje przekroczenie cienkiej granicy między normą a zaburzeniem.

BIBLIOGRAFIA

- Abramowitz J., Schwartz S., Moore K. (2004). *Obsessional Thoughts in Postpartum Females and their Partners: Content Severity and Relationship with Depression*. „Journal of Clinical Psychology in Medical Settings” 10, s. 157–164.
- Calamari J., Janeck A. (1997). *Negative Intrusive Thoughts in Obsessive-Compulsive Disorder: Appraisal and Response Differences*. Poster zaprezentowany podczas America National Convention – Anxiety Disorders Association, Nowy Orlean.
- Clark D.A. (2004). *Cognitive-behavioral Therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Clark D.A., de Silva P. (1985). *The Nature of Depressive and Anxious, Intrusive Thoughts: Distinct or Uniform Phenomena?*. „Behaviour Research and Therapy” 23, s. 383–393.
- Clark D.A., Purdon C., Byers E.S. (2000). *Appraisal and Control of Sexual and Non-sexual Intrusive Thoughts in University Students*. „Behaviour Research and Therapy” 38, s. 439–455.
- Clark D.A., Rhyno S. (2005). *Unwanted Intrusive Thoughts in Nonclinical Individuals*, [w:] *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders: Theory, Research and Treatment* (s. 1–29). New York: Guilford Press.
- Freeston M.H., Ladouceur R., Thibodeau N., Gagnon F. (1991). *Cognitive Intrusions in a Non-clinical Population: I. Response Style, Subjective Experience, and Appraisal*. „Behaviour Research and Therapy” 29, s. 585–597.
- Freeston M.H., Ladouceur R., Thibodeau N., Gagnon F. (1992). *Cognitive Intrusions in a Non-clinical Population: II. Associations with Depressive, Anxious, and Compulsive Symptoms*. „Behaviour Research and Therapy” 30, s. 263–271.
- Horowitz M.J. (1975). *Intrusive and Repetitive Thoughts after Experimental Stress: A Summary*. „Archives of General Psychiatry” 32, s. 1457–1463.
- Janeck A.S., Calamari J.E. (1999). *Thought Suppression in Obsessive-compulsive Disorder*. „Cognitive Therapy and Research” 23, s. 497–509.
- Klinger E. (1978). *Modes of Normal Conscious Flow*, [w:] K.S. Pope, J.L. Singer (red.), *The Stream of Consciousness*. New York: Plenum Press.
- Klinger E. (1996). *The Contents of Thoughts: Interference as the Downside of Adaptive Normal Mechanisms in Thought Flow*, [w:] I.G. Sarason, G.R. Pierce, B.R. Sarason (red.), *Cognitive Interference: Theories, Methods, and Findings* (s. 3–23). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ladouceur R., Freeston M.H., Rhéaume J., Dugas M.J., Gagnon F., Thibodeau N., Fournier S. (2000). *Strategies Used with Intrusive Thoughts: A Comparison of OCD Patients with Anxious and Community Controls*. „Journal of Abnormal Psychology” 109, s. 179–187.
- Langlois F., Freeston M.H., Ladouceur R. (2000a). *Differences and Similarities between Obsessive Intrusive Thoughts and Worry in a Non-clinical Population: Study 1*. „Behaviour Research and Therapy” 38, s. 157–173.
- Langlois F., Freeston M.H., Ladouceur R. (2000b). *Differences and Similarities between Obsessive Intrusive Thoughts and Worry in a Non-clinical Population: Study 2*. „Behaviour Research and Therapy” 38, s. 175–189.
- Lee H.-J., Kwon S.-M. (2003). *Two Different Types of Obsession: Autogenous Obsessions and Reactive Obsessions*. „Behaviour Research and Therapy” 41, s. 11–29.
- Niler E.R., Beck S.J. (1989). *The Relationship among Guilt, Dysphoria, Anxiety and Obsessions in a Normal Population*. „Behaviour Research and Therapy” 27, s. 213–220.
- Parkinson L., Rachman S. (1981). *Part II. The Nature of Intrusive Thoughts*. „Advances in Behaviour Research and Therapy” 3, s. 101–110.
- Pierce G.R., Henderson C.A., Yost J.H., Loffredo C.M. (1996). *Cognitive Interference and Personality: Theoretical and Methodological Issues*, [w:] I.G. Sarason, G.R. Pierce, B.R. Sarason (red.), *Cognitive Interference: Theories, Methods and Findings* (s. 285–296). Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Purdon C. (2001). *Appraisal of Obsessional Thought Recurrences: Impact on Anxiety and Mood State*. „Behavior Therapy” 32, s. 47–64.
- Purdon C., Clark D.A. (1993). *Obsessive Intrusive Thoughts in Nonclinical Subjects. Part I. Content and Relation with Depressive, Anxious and Obsessional Symptoms*. „Behaviour Research and Therapy” 31, s. 713–720.
- Purdon C.L., Clark D.A. (1994a). *Obsessive Intrusive Thoughts in Nonclinical Subjects. Part II. Cognitive Appraisal, Emotional Response and Thought Control Strategies*. „Behaviour Research and Therapy” 32, s. 403–410.
- Purdon C., Clark D.A. (1994b). *Perceived Control and Appraisal of obsessional Intrusive Thoughts: A Replication and Extension*. „Behavioural and Cognitive Psychotherapy” 22, s. 269–285.
- Purdon C., Clark D.A. (2001). *Suppression of Obsession-like Thoughts in Nonclinical Individuals: Impact on Thought Frequency, Appraisal and Mood State*. „Behaviour Research and Therapy” 39, s. 1163–1181.
- Rachman S. (1981). *Part 1. Unwanted Intrusive Cognitions*. „Advances in Behaviour Research and Therapy” 3, s. 89–99.
- Rachman S., de Silva P. (1978). *Abnormal and Normal Obsessions*. „Behaviour Research and Therapy” 16, s. 233–248.
- Reynolds M., Salkovskis P.M. (1991). *The Relationship among Guilt, Dysphoria, Anxiety and obsessions in a Normal Population – an Attempted Replication*. „Behaviour Research and Therapy” 29, s. 259–265.
- Reynolds M., Salkovskis P.M. (1992). *Comparison of Positive and Negative Intrusive Thoughts and Experimental Investigation of the Differential Effects of Mood*. „Behaviour Research and Therapy” 30, s. 273–281.
- Salkovskis P.M., Harrison J. (1984). *Abnormal and Normal Obsessions – a Replication*. „Behaviour Research and Therapy” 23, s. 571–584.
- Sarason I.G., Pierce G.R., Sarason B.R. (1996). *Domains of Cognitive Interference*, [w:] I.G. Sarason, G.R. Pierce, B.R. Sarason (red.), *Cognitive Interference: Theories, Methods and Findings* (s. 139–152). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tata P. (1989). *Stress-induced Intrusive Thoughts and Cognitive Bias*. Paper Presented at the World Congress of Cognitive Therapy, Oxford, UK.
- Wang A., Clark D.A., Purdon C. (2003). *Frequency and Effort of Mental Control over Unwanted Cognitions*. Poster Presented at the Annual Conference of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston.
- Yee P.L., Vaughan J. (1996). *Integrating Cognitive, Personality, and Social Approaches to Cognitive Interference and Distractibility*, [w:] I.G. Sarason, G.R. Pierce, B.R. Sarason (red.), *Cognitive Interference: Theories, Methods and Findings* (s. 77–97). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Intrusive Thoughts in a Healthy Population – a Norm or an Exception

Intrusive thoughts, until recently, were considered to be a phenomenon present only in mental disorders. Beginning with the pioneering research by Stanley Rachman and Padmal de Silva in 1978, researchers have turned attention to the commonness of intrusions among healthy persons. Article takes up the issue of intrusive thoughts in a normal, healthy population. The occurrence and characteristic features of intrusive thoughts are analysed, as well as factors that can affect their appearance and severity. Differences between intrusions in healthy persons and those with mental disorders are also considered.