

ANXIETATEA - CADRU GENERAL DE ANALIZĂ A FENOMENULUI PATOLOGIC ȘI DE DISPOZIȚIE EMOȚIONALĂ NORMALĂ

AURELIA DRĂGHICI¹

¹Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Cuvinte cheie: anxietate, anxietate și performanță, anxietate normală și patologică

Rezumat: Toate persoanele experimentează anxietate, ea reprezintă o dimensiune normală și pozitivă a vieții umane și nu se referă doar la grijile exagerate. Se prezintă distincția între anxietatea sănătoasă și nesănătoasă, descriind-o pe prima ca îngrijorare sau vigilență care ajută oamenii să facă față situațiilor diferite sau dificile; anxietatea nesănătoasă este un răspuns emoțional față de pericolele percepute ca fiind reale, dar care sunt în mare parte imaginare din cauza unei probabilități foarte mici de apariție. Yerkes și Dodson (apud Tyrer, 1999) au arătat că anxietatea are o relație neobișnuită cu performanța. Sunt listate formele patologice ale anxietății. Modelul cognitiv al anxietății, în care fiind privită ca un răspuns adaptativ la mediu, începe cu percepția amenințării într-o situație specifică, înțelesul pe care persoanele îl atașează situației este determinat de schemele lor și de memoria unor situații similare din trecutul lor. Teoriile comportamentale postulează că anxietatea este un răspuns condiționat la stimuli specifici din mediu.

Keywords: anxiety, anxiety and performance, normal and pathological anxiety

Abstract: All persons experience feelings of anxiety; it is a normal and positive dimension of human life and does not refer only to exaggerated worries. There is a distinction between the healthy and unhealthy anxiety, describing the first one as a concern and vigilance which helps people coping with different or difficult situations; the unhealthy anxiety is an emotional response to the threats perceived as real, but which are largely imaginary due to a very low probability of occurrence. Yerkes and Dodson (apud Tyrer, 1999) have shown that anxiety has an unusual relation with performance. The pathological forms of anxiety are listed. The cognitive model of anxiety, which is seen as an adaptive response to the environment, starts with the perception of threat in a specific situation, the meaning that people attach to the situation is determined by their schemes and the memory of their past similar situations. The behavioral theories postulate that anxiety is a conditioned response to specific environmental stimuli.

Toate persoanele experimentează anxietate. În mod obișnuit e caracterizată de frică difuză sau intensă, neplăcută, vagă, deseori acompaniată de simptome autonome precum migrene, transpirație, palpitații, apăsare în piept, disconfort stomacal și agitație, indicată de incapacitatea de a sta liniștit pentru mai mult timp. Această constelație particulară de simptome din timpul anxietății tinde să varieze de la persoană la persoană, în funcție de tipologia tulburării anxioase.

Anxietatea nu se referă doar la grijile exagerate; frământările sunt normale. Nivelurile medii de anxietate sunt deseori binevenite pentru creșterea randamentului cuiva, iar cele relativ ridicate pot fi considerate normale în anumite circumstanțe. Persoanele care suferă de tulburări anxioase nu doar acuză faptul că sunt foarte neliniștite frecvent, ci solicită sprijin pentru confruntarea cu anumite temeri recurente, pe care le consideră iraționale și supărătoare.

Wilde (6) spunea că „anxietatea nu e cauzată de evenimente ci de percepția noastră asupra evenimentelor”. În cazul tinerilor și copiilor, spre exemplu, această idee este de multe ori complicată de abilitățile lor cognitive, care ar putea interfera cu abilitatea de a percepe evenimentele corect; ei tind în mod natural să extrapoleze ideile dintr-un context și apoi să le aplice nepotrivit unei alte situații, care ar putea fi total diferite.(5)

Ellis (2) notează că sunt multe tipuri și niveluri ale anxietății. El face distincția între anxietatea sănătoasă și

nesănătoasă, descriind-o pe prima ca îngrijorare sau vigilența care ajută oamenii să facă față situațiilor diferite sau dificile; anxietatea nesănătoasă este aproape întotdeauna bazată pe frica realistă, cum ar fi îngrijorarea în legătură cu trecerea străzii la o intersecție foarte aglomerată, unde nu sunt semafoare și există o șansă realistă de a fi călcat de o mașină. Spre deosebire de asta, anxietatea nesănătoasă este un răspuns emoțional față de pericolele percepute ca fiind reale, dar care sunt în mare parte imaginare din cauza unei probabilități foarte mici de apariție.(6)

Temerile asociate cu anxietatea nesănătoasă sunt exagerate, nerealiste și iraționale, cum ar fi teama de a te da într-un montan rus sau de a zbura cu avionul crezând că o să te prăbușești. Deși este posibil ca acest lucru să se întâmple, aceasta probabilitate este foarte mică, se întâmplă foarte rar. Ellis subliniază faptul că “anxietatea nesănătoasă te face de foarte multe ori să îți restrângi activitățile” atunci când nu este nevoie să faci asta, sau te poate face să pierzi controlul din cauza simptomelor psiho-somatice de panică, fobie, tremur care interferează cu abilitatea ta de a face față adecvat. Suprageralizările și catastrofarile sunt exemplele cele mai frecvente de distorsiuni cognitive care schimbă valența trăirii anxioase spre patologie.

Un aspect fascinant al tulburărilor de anxietate este influența reciprocă excelentă a factorilor genetici și experiențiali. Există puține dubii că gene anormale predispun la starea anxioasă patologică; totuși, dovezile indică clar că

¹Autor corespondent: Aurelia Drăghici, Str. Decebal, Nr. 14, Sibiu, România, E-mail: rely_drd@yahoo.com, Tel: +40721 336522
Articol intrat în redacție în 27.11.2012 și acceptat spre publicare în 08.01.2013
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Martie 2013;2(1):127-129

evenimentele de viață traumatice și stresul sunt de asemenea importante din punct de vedere etiologic. Astfel, studiul tulburărilor de anxietate prezintă o posibilitate unică de a înțelege relația dintre natura și creșterea în etiologia tulburărilor mentale.(3) Teoriile comportamentale sau de învățare ale anxietății postulează că anxietatea este un răspuns condiționat la stimuli specifici din mediu.

În concluzie, anxietatea reprezintă o dimensiune normală și pozitivă a vieții umane. Ea nu devine patologică decât în momentul în care depășește un anumit prag, definit în principal pe baza unei modificări substanțiale a calității vieții. Chiar dacă limitele anxietății rămân în continuare supuse discuției, s-au izolat opt forme de anxietate boală și vor fi prezentate în continuare pe scurt.

Atac de panică (cu debutul brusc, frică sau teroare intense, asociate adesea cu senzația de moarte iminentă; simptome cum ar fi scurtarea respirației, palpitațiile, durerea sau disconfortul precordial, senzațiile de sufocare sau de strangulare și "frica de a nu înnebuni" sau de a nu pierde controlul). Agorafobia este anxietatea referitoare la evitarea de locuri sau situații din care scăparea poate fi dificilă, sau jenantă, sau în care ajutorul poate să nu fie accesibil, în eventualitatea unui atac de panică sau de simptome similare panicii. Panica fără agorafobie se caracterizează prin atacuri de panică recurente, inopinante, în legătură cu care există o preocupare persistentă. Panica cu agorafobie se caracterizează atât prin atacuri de panică inopinante, cât și prin agorafobie. Agorafobia fără istoric de panică (de specificat cu sau fără atacuri cu simptome limitate) se caracterizează prin prezența agorafobiei și a simptomelor similare panicii, fără un istoric de atacuri de panică inopinante. Fobia specifică se caracterizează printr-o anxietate semnificativă clinic provocată de expunerea la un anumit obiect sau situație temută, ducând adesea la un comportament de evitare. Fobia socială se caracterizează printr-o anxietate semnificativă clinic provocată de expunerea la anumite tipuri de situații sociale sau de performanță, ducând adesea la un comportament de evitare.

Tulburarea obsesiv-compulsivă se caracterizează prin obsesii (care cauzează o anxietate sau detresă marcată) și/sau prin compulsii (care servesc la neutralizarea anxietății).

Stresul posttraumatic se caracterizează prin reexperiențierea unui eveniment traumatic extrem, acompaniată de simptome de excitație crescută și de evitare a stimulilor asociați cu trauma. Stresul acut se caracterizează prin simptome similare cu cele ale stresului posttraumatic care apar imediat, ca urmare a unui eveniment traumatic extrem.

Anxietatea generalizată se caracterizează prin cel puțin 6 luni de anxietate și preocupare excesivă și persistentă. Tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale se caracterizează prin simptome proeminente de anxietate, considerate a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale. Tulburarea anxioasă indusă de o substanță se caracterizează prin simptome proeminente de anxietate, considerate a fi consecința fiziologică a unui drog de abuz, a unui medicament sau expunerii la un toxic.

Tulburarea anxioasă fără altă specificație.

Anxietatea acoperă o gamă largă de experiențe, o mare parte dintre acestea e normală și trăită de toți la un moment dat în viață, unele dintre ele fiind chiar plăcute.

La extrema patologică, anxietatea devine neplăcută, deranjantă și în forma ei cea mai extremă una din cele mai intolerabile experiențe la care e expusă mintea și corpul nostru. Această gamă este cel mai bine înfățișată în rezultatele unei cercetări făcute de psihologii americani acum 90 de ani. Yerkes și Dodson (4) au arătat că anxietatea are o relație neobișnuită cu performanța și această relație e cel mai bine reprezentată printr-un U inversat, care din punct de vedere grafic seamănă cu curba

lui Gauss. Astfel, nivelul cel mai scăzut al anxietății este calmul absolut, sau mai precis descris, ca somnul adânc sau, ca o stare și mai inactivă, coma. Într-o astfel de stare nu există niciun răspuns la cei mai mulți dintre stimuli și doar cea mai intensă dintre experiențe va trezi individul. Totuși, coma este în general o stare anormală și nu reprezintă neapărat absența totală a anxietății.

La nivele oarecum mai înalte persoana este moleșită, deseori alunecând în sau din somn și funcționând la un nivel foarte scăzut. Această stare este reprezentată la capătul de jos al formei de U în partea stângă. Nivelul de anxietate crește pe măsură ce nevoile de bază trebuie satisfăcute precum, foame, sete, activități fizice și sexuale. De fapt, la aceste niveluri anxietatea este un imbold și este extrem de importantă pentru protecția speciilor. Pe măsură ce solicitările cresc, anxietatea crește și ea și este înregistrată și o îmbunătățire a performanței. Totuși, se atinge un platou al activității unde performanța nu se mai poate îmbunătăți, acela fiind nivelul optim. Orice creștere a anxietății peste acest nivel optim poate avea consecințe negative. În cazul nivelului optim, persoana se simte tensionată și anxioasă sub presiune, dar este în măsură să se descurce cu sau fără o altă îmbunătățire a performanței. Odată ce nivelurile anxietății cresc peste acest punct, performanța se dezintegrează rapid. Concentrarea se deteriorează, capacitatea de a performa în activități fizice și intelectuale complexe e pierdută și persoana încetează a mai avea controlul asupra sarcinii. La polul opus, extrema stării de anxietate, persoana se reîntoarce la nivelurile primitive ale activității și uneori trebuie să fie internată într-un spital pentru îngrijiri. Graficul acesta în formă de U răsturnat se poate traduce prin răspunsurile subiective ale unei persoane care pur "ridicări și căderi ale unui om anxios".(4)

E dificil să decizi unde apare pentru prima dată anxietatea pe acest spectru. Este evident că nu e prezentă la începutul curbei lui U și probabil apare când fiecare creștere a cerinței nu mai conduce la o creștere egală în performanță și în schimb nivelurile merg în jos pe platou. Este de asemenea nesigur din descrierile de mai sus care sunt elementele esențiale ale anxietății: e un sentiment sau o stare a creierului, un sindrom sau simptome specifice sau o interpretare catastrofală a evenimentelor?

Persoanele cu tulburări anxioase suferă mult de pe urma consecințelor negative ale acestora pentru că le afectează mult munca și relațiile personale, le limitează activitățile și șansele din cauza tendinței lor de a evita situații dificile, preferând să stea în umbra celorlalți decât să ia atitudine.(1)

Modelul cognitiv al anxietății implică câteva elemente. Anxietatea, fiind un răspuns adaptativ la mediu, începe cu percepția amenințării într-o situație specifică. Așa cum a fost notat, înțelesul pe care persoanele îl atașează situației este determinat de schemele lor și de memoria unor situații similare din trecutul lor. Persoana apoi face o evaluare a seriozității amenințării și o evaluare a propriei capacități de a se descurca cu ea. Dacă situația e văzută ca amenințătoare, va apărea un simț al pericolului. Dacă e percepută ca o amenințare ușoară, persoana va răspunde la ea ca la o provocare. Persoana va simți excitație și entuziasm. Procesele cognitive și perceptuale pot fi afectate de dispoziția actuală a persoanei. În acest caz, când o persoană începe să se simtă anxioasă, probabil va deveni mai vigilentă la amenințările percepute și va începe să-și amintească experiențe amenințătoare din trecut. Persoana poate ajunge în final să perceapă amenințare și acolo unde n-a existat înainte.

Când oamenii intră într-o anumită situație ei fac câteva evaluări. Prima este "Ce risc percep pentru mine în această situație". A doua este o evaluare a resurselor personale și din mediu ce pot fi disponibile pentru individ. Dacă oamenii percep resursele lor ca fiind adecvate pentru a se descurca cu

ASPECTE CLINICE

riscul, de obicei nu vor experiența anxietate. Intervențiile cognitive sunt direcționate spre reducerea percepției amenințării și către sporirea încrederii în sine sau în capacitatea de a se descurca în situația respectivă.

Înainte să intervenim, totuși, este important să evaluăm dacă amenințarea este “percepută sau reală”, dacă persoana are sau nu capacitățile de a se descurca cu situația și dacă percepția pacientului despre resursele limitate e adevărată. Mai degrabă, pattern-urile simptomului variază de la persoană la persoană.

O persoană poate experiența predominant simptome fizice (ex., tahicardie, respirație dificilă, amețală, indigestie), necesitând dezvoltarea unui program de tratament individualizat. Anxietatea altei persoane, totuși, poate fi caracterizată prin “frica de ce-i mai rău” și gânduri de pierdere a controlului.

REFERINTE

1. Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. Psihoterapia tulburărilor anxioase: ghid practic pentru terapeuți și pacienți. Editura Polirom, Iasi; 2007.
2. Ellis A. How to control your anxiety before it controls you. Secaucus, NJ: Carol; 1998.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
4. Tyrer P. Anxiety. A Multidisciplinary Review, Imperial College Press; 1999.
5. Vernon A. Ce, cum, când în terapia copilului și adolescentului. Manual de tehnici de consiliere și psihoterapie. Editura RTS, Cluj-Napoca; 2002.
6. Wilde J. Treating anger, anxiety, and depression in children and adolescents: A cognitive-behavior perspective. New York: Taylor and Francis; 1996.