

Anxietatea normală și patologică

Isabella Cristina Brujbu, Luana Macovei, Iulian Eduard Doboș

Isabella Cristina Brujbu – M. D., Ph. D., Șef de Lucrări, Departamentul de Anatomie, Universitatea „Apollonia”, Iași; Medic Primar, Medicină de Familie, Practică Privată, Iași, România

Luana Macovei – M. D., Ph. D., Asistent universitar, Departamentul Medicale I, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași; Medic Primar, Clinica de Reumatologie, Spitalul Clinic de Recuperare, Iași, România

Iulian Eduard Doboș – Masterand, Facultatea de Economie și Managementul Afacerilor, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, România

REZUMAT

Fie că se manifestă în mod izolat, ca simptom predominant, fie că apare însoțită de alte tulburări emoționale, anxietatea este o trăsătură-cheie a majorității bolilor psihice, iar identificarea acesteia constituie un demers diagnostic familiar clinicienilor. Ca simptom, anxietatea poate fi o reacție emoțională „normală”, în măsura în care este determinată de circumstanțe situaționale adecvate, respectiv de prezența obiectivă a unui pericol, amenințare, frustrare etc. Caracterul de anormalitate apare atunci când intensitatea ei este inadecvată, disproporționată în raport cu pericolul real, când se manifestă în situații total inadecvate (care, în genere, nu produc teamă) sau atunci când aspectele calitative ale trăirii subiective sunt atipice. Pentru stabilirea liniei de demarcație între anxietatea normală și anxietatea patologică, este nevoie de evaluarea obiectivă nu numai a severității tulburărilor, ci și a contextului în care apar, a caracterului lor acut sau cronic, a factorilor care determină variații de intensitate, a gradului de toleranță al individului față de tulburările emoționale.

CUVINTE-CHEIE

dimensiunea comportamentală, anxietatea psihică, somatică, patologică, simptomele anxioase

INTRODUCERE

În limbajul curent, termenul de *anxietate* este rareori folosit, acesta fiind înlocuit cu nelinește, teamă, tensiune psihică, emoție, și conotând,

cu predilecție, dimensiunea psihică subiectivă, acea trăire emoțională penibilă, dificil de descris, constituită din asocierea unor tulburări afective intelectuale și de activitate difuze și perturbatoare. La acest nivel, anxietatea capătă

forma așteptării dureroase și nelămurite a unui pericol virtual, însoțită de sentimente de insecuritate și incertitudine.

În limbajul psihiatric, termenul de *anxietate* este mai puțin sincretic, el desemnând atât trăirea subiectivă, neplăcută, cât și fenomenele neurovegetative simptomatice ca: tremorul, tahicardia, dispneea, paloarea, transpirația, senzația de amețeală sau cefaleea, senzația de leșin sau de pierdere a controlului etc. Tulburările a căror „localizare” este corpul uman (și nu universul său psihic) reprezintă dimensiunea somatică a anxietății, expresia neurovegetativă a unității dintre psihic și corp, în situații normale și patologice.

Tulburările de anxietate includ și caracteristici ale altor afecțiuni: tulburările de panică (atacul de panică), disconfortul, teama și jena unei persoane care este prezentă în public sau în momentul interacțiunii cu ceilalți (fobia socială), teama sau grija excesivă de a nu se îmbolnăvi (tulburarea obsesiv-compulsivă), teama de a nu fi despărțit de cei apropiați (anxietatea de separare), frica de îngrășare (anorexia nervoasă), lamentările privind manifestarea unor diverse simptome ale unor boli fizice declanșate de mecanisme psihice (tulburările de somatizare) sau chiar boli grave (hipocondria) și tulburările de stres posttraumatic.

Clasic, termenul de *anxietate* este dat laturii psihice a tulburării, în timp ce laturii somatice i se rezervă termenul de *angoasă*.

Anxietatea este o stare afectivă generalizată, difuză, caracterizată prin trăiri de tulburare, de insecuritate, de teamă, pe care subiectul nu le poate explica și relaționa obiectual.

Spre deosebire de emoțiile obiectuale, anxietatea nu antrenează, de regulă, modificări fiziologice. Ce stă la originea unei asemenea trăsături a structurii afective rămâne o chestiune încă neelucidată. Diferitele orientări doctrinare îi găsesc origini diferite. Astfel, pentru reprezentanții teoriei învățării, anxietatea este rezultatul

perpetuării prin condiționare a unei reacții de teamă, fiind nemijlocit determinată de raportul subunitar dintre reușite și eșecuri; dimpotrivă, pentru psihanalisti, ea este un efect al frustrării repetate, al pornirilor și tendințelor libidoului și al interdicțiilor impuse de *Supraeu*. Anxietatea este considerată un semnal de alarmă adresat Eului – conștiinței de sine a personalității, singurul în măsură să întreprindă acțiuni de redresare sau să-și mobilizeze mecanismele specifice de apărare. Persoana anxioasă manifestă întotdeauna reținere și teamă în raport cu viitorul, cu activitățile pe care urmează să le efectueze sau cu situațiile cu care urmează să se confrunte.

Angoasa s-ar putea defini ca o agravare și intensificare a anxietății, caracterizându-se printr-o neliniște dusă la extrem, printr-o frică irațională acutizată, presimțirea unui pericol nedefinit, dar iminent, în fața căruia rămâi total descoperit, dezarmat.

Am putea deveni anxioși fără să fim conștienți de cauza anxietății noastre. O astfel de anxietate „fără obiect” ne afectează atenția. În loc să ne oblige să ne concentrăm asupra unei anumite idei, ea șterge celelalte gânduri, făcându-ne să acordăm atenție lumii din jur. Dacă trecem seara târziu pe o alee întunecată, starea de anxietate ne determină să scanăm umbrele din jur ca să depistăm orice mișcare.

În această situație, anxietatea este, în mod clar, un lucru bun. O persoană aflată într-o stare de anxietate urmărește posibilele amenințări, fiind capabilă să reacționeze mai rapid într-un incident nefericit.

Dacă obiectivul dumneavoastră este să țineți un discurs admirabil la nunta celui mai bun prieten, cea mai mare amenințare ar fi tendința de bâlbâire. Anxietatea vă stresează să fiți atent la cel mai mic semn de ezitare. Sesizarea vreunei nereguli v-ar face și mai anxios, ducându-vă sigur la bâlbâire. În asemenea ocazii, anxietatea devine nocivă.

Alături de *anxietatea psihică* și de cea *somatică*, psihiatria actuală a delimitat și a descris și o a treia dimensiune a tulburărilor anxioase, *dimensiunea comportamentală*.

Observația clinică, dar și cea comună pot constata faptul că persoanele care au trăit o criză acută de anxietate, în aglomerație, în lift sau în timp ce traversau o stradă sau vorbeau în public, își modifică evident comportamentul, evitând, în mod sistematic, locurile sau situațiile în care le-a fost frică. Astfel de persoane dezvoltă nu numai conduite de evitare și tulburări ample, dacă sunt obligate să se confrunte cu situația anxiogenă, dar și o anxietate anticipatorie, respectiv teama ca nu cumva, în situații similare, să se repete criza de panică.

Cele trei aspecte ale anxietății ca boală psihică nu se manifestă în mod egal și paralel la toate persoanele, unii pacienți prezentând, în mod cronic, o stare de neliniște și teamă difuză, fără să fie conștienți de modificările de ritm cardiac, respirator etc.

Alți subiecți prezintă tulburări anxioase, mai ales sub forma crizelor acute, survenite „din senin”, în timpul cărora tulburările neurovegetative multiple se intensifică în câteva minute, generând stări lipotimice și senzația înspăimântătoare de moarte iminentă.

O altă categorie de persoane poate prezenta anxietate, ca trăsătură caracteristică de personalitate, și, deși descrise de anturaj ca permanent „tensionate, nervoase, prăpăstioase”, acestea dezvoltă un grad crescut de toleranță la acest fenomen și își desfășoară viața și activitatea fără perturbări severe induse de anxietate.

Ca trăire emoțională universal-umană, anxietatea se caracterizează prin teama anticipatorie de un viitor eveniment neplăcut sau traumatizant, de un pericol imaginar sau de o virtuală amenințare.

Spre deosebire de anxietate, frica normală este o reacție comprehensibilă față de un pericol prezent și real pentru viața sau sănătatea per-

soanei, intensitatea și durata ei fiind proporționale cu pericolozitatea obiectivă a situației, cu gradul de apropiere în timp și spațiu dintre persoană și sursa pericolului, cu experiența anterioară confirmată a consecințelor dăunătoare ce ar putea rezulta.

În funcție de natura consecințelor pe care persoana anxioasă le anticipează negativ, anxietatea subiectivă poate lua forme diferite. Astfel, teama anticipatorie de pierdere a unei persoane iubite ia forma anxietății de separare intensificată dramatic în situații de despărțire, de boală somatică incurabilă, accident etc.

Enervarea, furia, impulsurile agresive și teama că acestea vor duce la pierderea controlului și la manifestarea unor conduite agresive iraționale și reprobabile generează o formă particulară de anxietate („furtună emoțională”), aceste stări nefiind, de cele mai multe ori, identificate ca anxietate.

O formă de anxietate, pe care nimeni nu poate susține că nu a trăit-o vreodată în viață (cel puțin în copilărie), este sentimentul vag și irațional de a fi comis un act care nu este pe placul celor apropiați și că aceasta va atrage după sine dezaprobarea, blamarea, critica sau pierderea afecțiunii.

Anxietatea devine *patologică* atunci când se prezintă în exces fie ca durată și frecvență, fie ca intensitate. Anxietatea patologică reprezintă frica fără obiectul actual sau definit, experiența de teroare, în mod esențial, alimentată de reprezentări imaginare, mai mult sau mai puțin infamabile, experiența nefastă sau paralizantă exprimându-se, în general, sub formă psihică, somatică și comportamentală.

Anxietatea atinge *intensitatea clinică* atunci când scade randamentul și capacitatea de adaptare (în nevroze) sau când dezorganizează conduita, constituind fundalul propice pentru dezvoltarea unor elemente psihice. În evantaiul de ipoteze normale și patologice în care anxietatea nu apare ca una dintre trăirile cele mai frecvente

ale existenței, pentru sistematizarea anxietății patologice, Tyrer (1984) a propus „piramida anxietății clinice”.

Medicul de familie recunoaște variate grade de severitate ale anxietății la pacienții săi.

Anxietatea este centrul dinamic al nevrozelor. Frica este reacția proporțională cu pericolul pe care îl are cineva de înfruntat, pe când anxietatea este o reacție disproporționată la pericol, chiar o reacție la un pericol imaginar. În cazul fricii, pericolul este transparent obiectiv, pe când în cazul anxietății, pericolul este ascuns și subiectiv.

Încercarea de a-i scoate nevroticului din cap anxietatea prin metoda persuasiunii este zădărnice. Anxietatea sa se referă nu la situație, așa cum este ea în realitate, ci așa cum îi apare lui. Sarcina terapeutică, așadar, constă în a descoperi sensul pe care anumite situații îl au pentru nevrotic.

Elementele principale ale anxietății sunt: *neputința* (dusă până la disperare), *iraționalitatea*, *avertisment* al dereglării psihice.

Modalitățile principale de a scăpa de anxietate sunt:

1. raționalizarea (de exemplu: o mamă demonstrând că temerile ei absurde în legătură cu copiii nu sunt tocmai iraționale);
2. negarea (de exemplu: soldatul care, stăpânit de impulsul de a-și birui frica, săvârșește fapte eroice);
3. narcotizarea (drogarea) (prin alcool și droguri, printr-o activitate socială, prin cufundarea în muncă, prin somn, relații sexuale);
4. evitarea: situațiilor, gândurilor sau sentimentelor care ar putea să genereze anxietate (când evitățile au loc în mod automat, avem de a face cu fenomenul inhibiției, al cărei rol este de apărare).

Frică și anxietate (neliniște)

Omul cavernelor, atacat de fiare, trăia frica adevărată. El nu avea timp să-și pună întrebări sau să chib-

zuiască. Avea un minut, poate două, ca să aleagă între viață și moarte. Adrenalina îi curgea repede prin corp, dându-i viteză, energie și putere. Venele și arterele se contractau simultan pentru a încetini sângerarea, dacă era rănit. I se accelera pulsul. Frica îi salva viața.

Astăzi, „frica” se numește neliniște, un răspuns nu la pericolul în sine, ci la un potențial pericol. Când ne cedează frânele de la mașină pe un deal, ceea ce simțim se numește frică. Dacă suntem îngrijorați în legătură cu ceea ce o să spunem la întrunirea de marțea viitoare, asta se numește neliniște. Și neliniștea este mult mai cumplită decât frica. Frica încetează de îndată ce se încheie evenimentul: mașina se oprește, frica dispare. Neliniștea poate fi infinită. Frica se manifestă prin transpirația palmelor, gât uscat, „tăierea” picioarelor. Neliniștea este frustrantă, o invazie de energie care nu ne folosește la nimic. Nu putem fugi, nu ne putem lupta, pentru că nu avem de ce sau cu cine. Stăm chirciți, cu un nod în stomac, anticipând pericolul. Simptomele pot varia de la o neliniște trecătoare la mutilare psihologică și fizică sau chiar moarte.

Culmea este că neliniștea, ca o sursă adevărată de energie, ne poate ajuta să trăim mai bine, dacă este direcționată corect. Marii oameni (savanți, scriitori, medici) își fac griji. Dar ei își fac griji pozitive.

Calmarea neliniștii

Miezul neliniștii este îngrijorarea. Mintea îngrijorată se rotește la nesfârșit în cercul vicios al unei melodrame de slabă calitate, mergând dintr-o îngrijorare în alta. Îngrijorarea este o repetiție în vederea a ceea ce s-ar putea întâmpla rău și a felului în care trebuie abordată situația; misiunea îngrijorării este să găsească soluții pozitive în cazul pericolelor ce apar, anticipând primejdii.

Dificultatea intervine atunci când este vorba despre îngrijorări cronice repetitive, cele care apar iar și iar și nici măcar nu se apropie vreodată de o soluție pozitivă. Îngrijorarea cronică are toate atributele unui blocaj emoțional, ținându-l pe persoana într-un punct de vedere inflexibil, subiectul generator de îngrijorare. Când

fenomenul se intensifică și persistă se transformă într-un adevărat blocaj natural, ajungându-se la tulburări de anxietate, cum ar fi fobiile, obsesiile sau crizele de panică.

Pentru fobic, neliniștile se axează pe temeri; pentru obsedat, pe prevenirea unei calamități care îl sperie; pentru panicarzi, pe frica de moarte sau chiar pe ideea că ar putea suferi o asemenea criză.

În toate aceste situații, numitorul comun este îngrijorarea scăpată de sub control.

Anxietatea apare sub două forme:

- cognitivă sau gânduri îngrijorătoare și
- somatică, prin simptome fiziologice: transpirații, tahicardie, febră musculară.

Anxietatea și bolile somatice

Asocierea stărilor de anxietate și frică cu bolile somatice este un fapt clinic cunoscut.

Pe de o parte, o parte dintre pacienții psihiatrici, în ambulatoriu sau spitalizați, suferă simultan de o afecțiune somatică ce este însoțită de simptome anxioase. Pe de altă parte, la debutul multora dintre afecțiunile psihosomatice (hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică etc.), primele semne și acuze ale bolnavului au forma unor simptome anxioase.

Cea mai frapantă asociere dintre *simptomele anxioase* și cele *somatice* apare în bolile cardiovasculare și respiratorii, care determină, în mod comprehensibil, stări de frică, neliniște și așteptare anxioasă. Frica, asociată conștiinței unei boli severe, este, deseori, exacerbată de conștientizarea disfuncțiilor cardiace (tahicardie, extrasistole, aritmii), de apariția durerilor precordiale, de dificultățile în respirație sau senzațiile de epuizare fizică.

Diferența dintre *frică* și *anxietate* poate fi ilustrată după cum urmează: frica este invocată de o amenințare imediată și cere o reacție. Te urmărește un urs: fugi. Frica ascute simțurile, însă anxietatea le paralizează.

Trăsătura caracteristică a anxietății este lipsa unui obiect al fricii. Te străbate în valuri in-forme, succesive, te trage în jos, până ce presiunea și constrângerea devin tangibile și panica tot crește: „e groasă, mă scufund în adânc, o să mă înec”. Ai un sentiment difuz de nesiguranță, de a fi neajutorat în fața amenințării¹.

Aceste fapte clinice justifică asocierea terapeutică a medicației specifice cu sedativele ușoare, recomandate în clinica psihiatrică pacienților cu tulburări anxioase primare (nelegate de o afecțiune somatică sau de altă boală psihică).

Numeroase boli endocrine sau simple disfuncții ale acestui sistem (hipertiroidismul, hipoglicemia, simptomele de menopauză, sindromul premenstrual) prezintă profile simptomatice similare cu cele ale tulburărilor anxioase, simptome generate de starea hipermetabolică caracteristică acestor condiții, de creșterea activității autonome adrenergice.

Diferența caracteristică dintre stările anxioase de etiologie endocrină și cele de etiologie psihică este prezența, în prim-planul simptomatologiei, a anxietății somatice la pacienții endocrini, care, de multe ori, nu acuză simptome de anxietate psihică, subiectivă.

Anxietatea și medicamentele

Mai puțin cunoscut, și adesea ignorat, este faptul că administrarea prelungită a unor substanțe medicamentoase sau toxice, precum și întreruperea bruscă a administrării lor (sevrăjul) sunt susceptibile de a genera tulburări anxioase de intensitate clinică. Fac parte din prima categorie steroizii, substanțele cu efect anticolinergic, halucinogenele și chiar banala aspirină, la care se adaugă tutunul și cafeaua.

Toate acestea pot produce tulburări anxioase de intensitate subclinică, tranzitorii, la persoanele normale, dar pot agrava simptomatologia

¹ Pictorul Edvard Munch a fost bântuit de anxietate toată viața și a imortalizat groaza pe pânză așa cum ținutiei o molie în insectar în celebrul tablou „Strigătul”.

anxioasă la persoane care au avut deja astfel de tulburări. Din a doua categorie, a substanțelor ce determină tulburări anxioase ca fenomene de sevraj, fac parte alcoolul și medicamentele sedativ-hipnotice.

În ambele situații, se constată nu numai o intensificare a stării de neliniște, disconfort psihic și fenomene neurovegetative, ci și o hiperreactivitate la situații stresante minore, care, în alte condiții, ar fi fost, cu ușurință, depășite de persoanele respective.

În condițiile diversității formelor de manifestare (acute și cronice) ale predominanței în tabloul clinic al fenomenelor subiective, psihice sau somatice-neurovegetative și ale diferențelor de răspuns terapeutic ale variatelor forme de anxietate patologică, tratamentul simptomatic actual a înregistrat două metode: terapia com-

portamentală a tulburărilor fobice și posibilitatea combaterii crizelor de panică prin medicație antidepresivă.

Terapia comportamentală se bazează pe observația că, prin expunere repetată la stimuli care generează frica, pacienții ajung, în mod gradat, să le tolereze și are loc o „dezvățare” a fricii. Deși, din punct de vedere teoretic, nu se știe încă de ce expunerea la anumiți stimuli produce uneori frică, iar alteori, duce la dispariția fricii, din punct de vedere practic, terapiile comportamentale s-au dovedit tratamente de elecție pentru majoritatea fobiilor și anxietăților legate de anumite situații-stimuli.

Cu cât o cultură insistă mai mult asupra controlului rațional, cu atât tinde să genereze mai multă anxietate, deoarece cu atât mai mult se teme de pierderea controlului.

CONCLUZII

Acceptați-vă anxietatea ca pe un semn al sensibilității voastre față de lume și ca pe un îndemn la acțiune. Adevărul curaj este să-ți stăpânești frica, nu să fii imprudent. Când reușiți să faceți un lucru care vă înspăimântă, fiți mândri și recunoașteți ce lucru minunat ați realizat. Gândiți-vă la partea puternică din voi, care poate antrena după sine și partea de „copil speriat”.

MULȚUMIRI ȘI DEVOALĂRI

Autorii nu declară existența vreunui conflict de interese legat de acest articol.

BIBLIOGRAFIE

1. Tudose, Fl. *O abordare modernă a psihologiei medicale*, Ed. InfoMedica, București, 2000
2. Berkow, R. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*, Ed. Merck and Co. Ind., 2006
3. Octavian, Ioan. *Marginalizare versus boală psihică și stigmatizare. Dileme bioetice*, „Revista Română de Bioetică”, Iași, 2008
4. Branea, I. *Medicina de familie*, Ed. Universitas Company, București, 2000
5. Kumar, P. J., Clark, M. I. *Clinical Medicine*, Ed. Balliere Tindall, 2002
6. Burns, J., Hickie, I. *Depression in young people: a national schoolbased initiative for prevention, early intervention and pathways for care*. Australas Psychiatry, 2002

Correspondență:

ISABELLA CRISTINA BRUJBU

Universitatea „Apollonia”
Str. Muzicii nr. 2, cod 700399, Iași, România
Tel.: + 40 744 633 927
E-mail: isabellabrujbu@yahoo.com

*Primire: Noiembrie, 18, 2013
Acceptare: Ianuarie, 27, 2014*

Normal and pathological anxiety

Isabella Cristina Brujbu, Luana Macovei, Iulian Eduard Doboş

Isabella Cristina Brujbu – M. D., Ph. D., Assistant Professor, Department of Anatomy, “Apollonia” University, Iaşi; Senior Family Physician, Medicine – Private Practice, Iaşi, Romania

Luana Macovei – M. D., Ph. D., Assistant Professor, Department of Internal Medicine, “Gr. T. Popa” University of Medicine and Pharmacy, Iaşi; Physician, Department of Rheumatology, Rheumatology, Clinical Rehabilitation Hospital, Iaşi, Romania

Iulian Eduard Doboş – Master student, Faculty of Economics and Business Administration, Management, “Alexandru Ioan Cuza” University, Iaşi, Romania

ABSTRACT

Regardless of whether it occurs as an isolated dominant symptom or it is associated with other emotional disorders, anxiety is a key feature of most mental illnesses, and to clinicians this diagnosing is a common approach. As a symptom, anxiety can be a “normal” emotional response, as long as it is caused by appropriate situational circumstances and by the objective presence of danger, threat, frustration, respectively. Abnormal forms occur when the intensity is inadequate and disproportionate to the real danger, when it is expressed under completely unsuitable circumstances (that do not usually raise fear) or when the qualitative aspects of subjective living are atypical. In order to define the boundary between normal anxiety and pathological anxiety, not only an objective assessment of disorder severity is required, but also the assessment of the context in which disorders occur, their acute or chronic character, the factors that lead to intensity variations, the tolerance of the individual to emotional distress.

KEYWORDS

behavioral dimension, psychic anxiety, somatic, pathological, anxiety symptoms

INTRODUCTION

In everyday language, the term *anxiety* is rarely used, as it is replaced by words such as *restlessness*, *fear*, *psychic tension*, *excitement*, and it conno-

tes mostly the subjective psychological aspects, an embarrassing emotional experience that is difficult to describe, consisting of the combination of intellectual affective disorders and diffuse disturbing activity impairment. At this

level, anxiety occurs as painful and uncertain waiting of a virtual threat accompanied by feelings of insecurity and uncertainty.

In psychiatric language, the term *anxiety* is less syncretic. It designates both subjective distressing experience and symptomatic autonomic phenomena, such as: tremor, tachycardia, dyspnea, pallor, sweating, dizziness or headache, fainting or loss of control, etc. Disorders “located” in the human body (and not in the mental universe) express the somatic dimension of anxiety, the autonomic expression of the unity of psyche and body in normal and pathological situations.

Anxiety disorders also include features of other disorders: panic disorders (panic attacks), discomfort, fear and embarrassment of a person when present in public places or interacting with others (social phobia), fear or excessive worry not to get sick (obsessive compulsive disorder), fear of being separated from the loved ones (separation anxiety), fear of gaining weight (anorexia nervosa), complaint of various symptoms of physical illness triggered by psychological mechanisms (somatization disorders) or even by serious diseases (hypochondriasis) and posttraumatic stress disorders.

Traditionally, the term *anxiety* is used in denoting the *psychic feature* of the disorder, while the *somatic side* is labelled as *anguish*.

Anxiety is a generalized diffuse emotional state, characterized by feelings of discomfort, insecurity, fear, that the individual cannot explain and relate to an object.

Unlike object related emotions, anxiety does not usually cause physiological changes. What underlies such features of the affective structure still remains an unresolved issue. Various doctrinal guidelines suggest different origins. For instance, exponents of learning theory regard anxiety as the result of the conditioned perpetuation of the fear reaction, which is directly determined by the subunit ratio between

successes and failures. On the contrary, psychoanalysis regards anxiety as an effect of repeated frustration, of libido tendencies and urges, as well as prohibitions imposed by the superego. Anxiety is considered a warning addressed to the ego, to the self-awareness of personality, that are able to take recovery actions or to mobilize specific defence mechanisms. The anxious person always shows restraint and fear about the future, about activities that will be performed or about situations to deal with.

Anguish could be defined as aggravation and intensification of anxiety, as it is characterized by uneasiness taken to the extreme and by exacerbated irrational fear. It is a feeling of undefined but impending danger that makes one feel totally vulnerable and defenceless.

One could become anxious without being aware of the cause of anxiety. Such “undetermined” anxiety affects attention. Instead of forcing the individual to focus on a certain idea, it disrupts thoughts, making the individual concentrate on the world around him. If an anxious person walks on a dark street, late at night, anxiety makes him scan the surrounding shadows, in order to detect any movement. In this situation, anxiety is really useful. A person with anxiety symptoms watches out for possible threats, being able to respond quickly to any unfortunate events.

If someone wants to give a good speech at the best friend’s wedding, the biggest threat might be to stutter. Anxiety makes the individual pay attention to the slightest sign of hesitation. The anxiety increases when such hesitation is noticed and the stutter gets even worse. On such occasions, anxiety becomes harmful.

Besides *cognitive* and *somatic anxiety*, in modern psychiatry, there is also a third dimension of anxiety disorders, namely, the behavioral dimension.

Clinical and common observation have shown that the individuals who have experienced an

acute anxiety crisis in crowded places, in the elevator, while crossing the street or speaking in public definitely change their behavior by systematically avoiding places or situations of which they were afraid. These individuals not only develop avoidance behaviors and severe disturbances if forced to respond to an anxiogenic situation, but also anticipatory anxiety (fear that panic attacks might occur once more in similar circumstances).

The three aspects of anxiety as mental illness are not equally and simultaneously present in all individuals. Some patients permanently show diffuse uneasiness and fear without being aware of changes in heart rate, breathing rate, etc. Other patients have anxiety disorders, especially acute crises that occur “out of nowhere”. These crises intensify the multiple neurovegetative disorders only in minutes, inducing lipothymia symptoms and the frightening sensation of imminent death.

There are individuals who may manifest anxiety as a personality trait and although they are described by their entourage as being always “tense, nervous, fearful”, they develop a high degree of tolerance to this phenomenon and keep their life and work free from serious problems caused by anxiety.

As an universal human experience, anxiety is characterized by anticipatory fear of an unpleasant or traumatic future event, imaginary danger or virtual threat.

Unlike anxiety, normal fear is a comprehensible reaction to a real and present danger to the individual’s life or health. Its intensity and duration is proportional to the extent of objective danger in a given situation, to the closeness in time and space between the individual and the source of danger, to a previous experience that has proven possible harmful consequences.

Depending on the consequences negatively anticipated by the anxious person, subjective an-

xiety can take different forms. For instance, the anticipatory fear of losing a loved one defines separation anxiety, which is dramatically intensified in case of separation, incurable physical disease, accident etc. Anger, rage, aggressive impulses and fear that this will lead to loss of control and to irrational aggressive and reprehensible behavior generates a particular form of anxiety (“emotional storm”, a characteristic of these moods that is not always referred to as anxiety).

A form of anxiety that no one can pretend not to have experienced (at least in childhood) is a vague and irrational sense of having committed an act that was not agreed by the loved ones and will entail disapproval, reproach, criticism, loss of affection.

Anxiety becomes *pathological* when present in excess, either in duration and frequency, or in intensity. Pathological anxiety is the fear with no actual or defined grounds, when the experience of terror is basically fuelled by imaginary more or less ineffable representations. The unfortunate or frightening experience is generally expressed at a mental, somatic and behavioral level.

Anxiety reaches *clinical intensity* when the performance and resilience decrease (in neuroses) or it disrupts the conduct constituting the appropriate background for the development of psychic elements. In the context of normal and pathological hypotheses, where anxiety is not considered as one of the most common experiences of existence, Tyrer (1984) developed “a pyramid of clinical anxiety” in order to classify pathological anxiety.

Family doctors identify different degrees of severity of anxiety in their patients.

Anxiety is the dynamic centre of neuroses. Fear is a proportional response to the danger to be faced, whereas anxiety is a disproportionate response to threat or even a reaction to an imaginary danger. In the case of fear, danger is

transparent and objective, whereas in the case of anxiety, the danger is hidden and subjective.

The attempt to help a neurotic get rid of anxiety by methods of persuasion is useless. Anxiety refers not to the situation as it really is, but the situation as it appears to him. Therefore, the therapeutic task is to find the meaning that certain situations have for the neurotic person.

The elements of anxiety are: *inability* (on the verge of despair), *irrationality*, as a warning sign of mental disorder.

The effective measures to combat anxiety are:

1. to rationalize it (a mother realizes that her absurd concern about children is not quite irrational);
2. to deny it (a soldier driven by the impulse to overcome fear does heroic deeds);
3. to narcotize it (with alcohol and drugs, through social activity and immersion in work, through sleep or sexual relationships);
4. to avoid all situations, thoughts or feelings that might induce anxiety (when avoidance is automatic, it is about a phenomenon of inhibition with a defensive role).

Fear and anxiety (uneasiness)

Cavemen attacked by beasts experienced real fear. They had no time to ask questions or to ponder. They had a minute, maybe two to choose between life and death. The adrenaline was flowing quickly through the body, giving them speed, energy and power. Veins and arteries contracted simultaneously to slow bleeding if they were hurt quicken. The pulse grew faster. Fear saved lives.

Nowadays, "fear" is called anxiety. It is not a response to the threat itself, it is a response to a potential danger. When the car's brakes fail on a hill, what we feel is called fear. If we are worried about what we are going to say at a meeting next Tuesday, it is called anxiety. And anxiety is more terrible than fear. Fear ends with the event: the car stops, the fear disappears. Anxiety can be endless. Fear manifests itself by sweaty hands,

dry throat, a feeling of being paralyzed. Anxiety is frustrating, as it brings a lot of energy that is useless. We cannot run and we cannot fight, because there is nothing to run from and nothing to fight for. We sit crouched, with a knot in the stomach, anticipating danger. Symptoms may vary from transient uneasiness to psychological and physical mutilation or even death.

On the other hand, anxiety, as a real source of energy, can help us live better, if properly directed. All famous people (scholars, writers, physicians) worry, but they worry in a positive way.

Alleviating anxiety

Worry lies at the core of anxiety. The worried mind thinks through endlessly in a vicious circle of poor melodrama, going from one worry to another. Worry is a preparation for problems that might happen and for ways of addressing them. The purpose of worry is to find positive solutions for coming hazards and to anticipate dangers.

There is a problem only when it comes to chronic repetitive worries that appear again and again and never come close to a positive solution. Chronic worry has all the attributes of an emotional blockage, as it locks the person into an inflexible perspective, namely, the worry-generating topic. When this phenomenon intensifies and persists, it turns into a real natural blockage, leading to anxiety disorders, such as phobias, obsessions or panic attacks.

For the phobic, anxieties bring fears into focus, for the obsessive, the prevention of feared calamity is the most important, for panic prone individuals, the fear of dying or even the idea that they might suffer a panic attack. In all these cases, the common denominator is worry taken to the extreme.

Anxiety occurs in two forms:

- cognitive – or disturbing thoughts,
- somatic – as physiological symptoms: sweating, rapid heartbeat, muscle pain.

Anxiety and somatic diseases

The association of anxiety and fear with somatic diseases is a known clinical fact.

On one hand, some psychiatric patients receiving outpatient and inpatient services simultaneously suffer from a somatic disorder accompanied by anxiety symptoms. On the other hand, symptoms of anxiety are the first signs or complaints of the patient at the onset of many psychosomatic diseases (arterial hypertension, ischaemic heart disease, etc.).

The most striking association between *anxiety symptoms* and *somatic symptoms* occurs in cardiovascular and respiratory diseases that arouse an understandable state of fear, uneasiness and anxious waiting. Fear associated with the awareness of severe disease is often exacerbated by the awareness of cardiac dysfunction (tachycardia, extrasystoles, dysrhythmia), by precordial pain, breathing difficulties or feelings of physical exhaustion.

The difference between fear and anxiety: fear is induced by an immediate threat and requires a reaction. When someone is pursued by a bear, he runs. Fear sharpens the senses, anxiety paralyzes them.

The characteristic feature of anxiety is the lack of an object of fear. It passes through the body in shapeless successive waves, it abases you until pressure and coercion become tangible and panic keeps growing: "it is dense, I dive deep, I will drown". It brings a diffuse sense of insecurity, of being helpless in the face of threat¹.

These clinical facts justify the use of combination therapy with specific drugs and mild sedatives recommended in psychiatric clinics to patients with primary anxiety disorders (unrelated to a somatic disorder or to other mental illness).

Many endocrine diseases or merely disorders of this system (hyperthyroidism, hypoglycemia, symptoms of menopause, premenstrual syndrome) have symptom profiles similar to those of anxiety disorders. Their symptoms are generated by the hypermetabolic state characteristic to these conditions, by the growth of autonomic adrenergic activity. The characteristic difference between anxiety states with endocrine etiology and psychological etiology is the presence, in the foreground, of symptoms of somatic anxiety in endocrine patients who often do not show symptoms of subjective psychic anxiety.

Anxiety and drugs

Less well known and often ignored is that prolonged administration of drugs or toxic substances and their abrupt withdrawal are likely to generate anxiety disorders of clinical severity.

One category of substances is represented by steroids, anticholinergic agents, hallucinogens and even aspirin. Tobacco and caffeine withdrawal may also induce anxiety. All of these can generate temporary anxiety disorders of subclinical severity in normal individuals, but they can also aggravate anxiety symptoms in persons who have already had such disorders.

The second category of substances that induces anxiety disorders as withdrawal phenomena is represented by alcohol and sedative-hypnotics drugs.

In both cases, there is not only an increase in anxiety state, psychological distress and autonomic phenomena, but also a hyperreactivity to minor stressful situations which would otherwise have been easily overcome by those individuals.

Given the diversity of acute and chronic manifestations, the predominance of subjective psychological or somatic autonomic phenomena in the clinical picture and the differences in therapeutic response of various forms of pa-

¹ The painter Edvard Munch was haunted all his life by anxiety and he captured the horror on canvas as a moth in an insectarium in his famous painting "The Scream".

thological anxiety, current treatment of symptoms includes two methods: behavioral therapy of phobic disorders and antidepressant drugs used for treating panic attacks.

Behavioral therapy is based on the observation that repeated exposure to stimuli that generate fear helps patients gradually tolerate them and leads to an “unlearning” of fear. Although, theoretically, it is still unclear why exposure to

certain stimuli sometimes generates fear and sometimes leads to the disappearance of fear, in practice, behavioral therapies were the treatment of choice for most phobias and anxieties related to certain stimulus-situations.

The more rational control in a culture, the more anxiety generating situations, because there is more fear of losing control.

CONCLUSIONS

Accept your anxiety as a sign of your sensitivity to the world and as a call to action. Real courage means mastering your fear and not necessarily being imprudent. Being able to do a thing that scares you can make you proud and you may realize what a wonderful thing you have done. Think of your strong points that might also include the image of “the scared child”.

ACKNOWLEDGMENTS AND DISCLOSURE

The authors declare that they have no potential conflicts of interest to disclose.

REFERENCES

1. Tudose, Fl. *O abordare modernă a psihologiei medicale*, Ed. InfoMedica, București, 2000
2. Berkow, R. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*, Ed. Merck and Co. Ind., 2006
3. Octavian, Ioan. *Marginalizare versus boală psihică și stigmatizare. Dileme bioetice*, „Revista Română de Bioetică”, Iași, 2008
4. Branea, I. *Medicina de familie*, Ed. Universitas Company, București, 2000
5. Kumar, P. J., Clark, M. I. *Clinical Medicine*, Ed. Balliere Tindall, 2002
6. Burns, J., Hickie, I. *Depression in young people: a national schoolbased initiative for prevention, early intervention and pathways for care*. Australas Psychiatry, 2002

Correspondence:

ISABELLA CRISTINA BRUJBU

“Apollonia” University
No. 2 Str. Muzicii, code 700399, Iași, Romania

Phone: +40 744 633 927

E-mail: isabellabrujbu@yahoo.com

Date of Submission: November, 18, 2013

Acceptance: January, 27, 2014