Anxietatea socială și de performanță

Anxietatea - emoție fiziologică sau patologică?

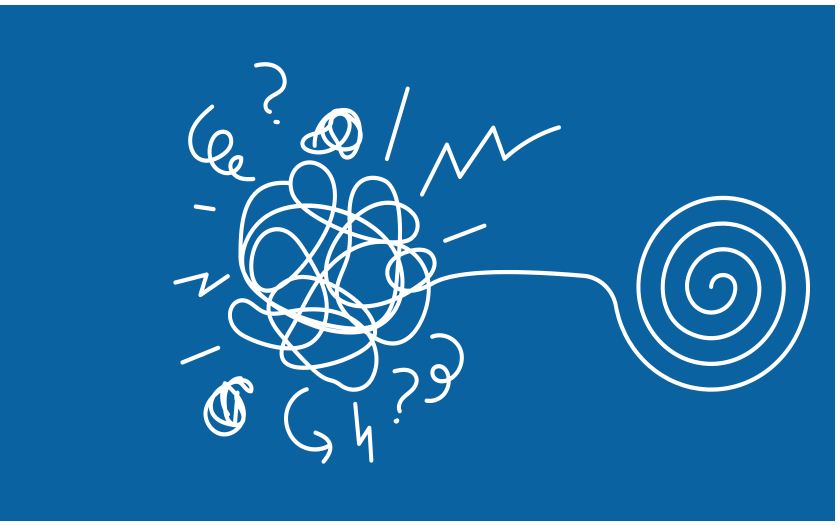
www.cji.ro

Conf. Dr. Florina Rad
medic primar psihiatrie pediatrică

Anxietatea socială și de performanță

Anxietatea - emoție fiziologică sau patologică?

Anxietatea este o emoție asociată cu senzația de tensiune, îngrijorări și modificări la nivel somatic. Ea poate fi definită ca un sentiment iminent de pericol acompaniat de neliniște psihică și motorie cu anticiparea pericolului. Spre deosebire de frică, care este un răspuns emoțional la un pericol obiectiv (de exemplu, ace, insecte, lift etc.), în anxietate simptomele nu apar ca răspuns la un pericol bine identificat sau apar ca reacție la anticiparea unui pericol [1,2,3,4,5,6].



Atât anxietatea, cât și fricile sunt definite ca fiind reacția creierului la un pericol și sunt emoții cu rol adaptativ în multiple situații care facilitează evitarea unui pericol. Frica ajută corpul să se pregătească pentru a reacționa în fața unui anumit pericol printr-o acțiune fizică: fugă, luptă sau „freeze" (înghețăm). Caracteristica comportamentală specifică anxietății este evitarea. Acest comportament poate fi evident atunci când copilul sau adolescentul evită anumite situații/stimuli specifici sau este exprimat mai subtil prin nesiguranță, incertitudine, ezitare, retragere. La copii și adolescenți pot să apară și numeroase simptome somatice.

Anxietatea și frica devin patologice atunci când prin intensitatea, frecvența cu care apar și persistența lor interferează cu funcționarea. Frica patologică de un obiect bine definit se numește fobie [1,2,3,4,5,6].

La ce se referă anxietatea socială sau de performanță?

Fobia socială/anxietatea socială: teamă/anxietate intensă și persistentă legată de situații sociale sau care presupun performanță precum interacțiunea socială (susținerea unei conversații), a fi observat (a mânca sau a bea în public) sau performanța în fața altor persoane (de exemplu, susținerea unui discurs în public). La copii, simptomele pot să apară atât în timpul interacțiunii cu adulții, cât și cu ceilalți copii. Persoana respectivă consideră că se va purta într-un anumit fel sau că vor apărea simptome specifice anxietății și că va fi evaluată negativ de către ceilalți.

Ca urmare, va evita situația socială respectivă. Intensitatea anxietății este mult mai mare decât ar presupune situația respectivă, durează mai multe luni și interferează semnificativ cu funcționarea. În ceea ce privește copiii și adolescenții, anxietatea socială interferează semnificativ atât cu funcționarea lor academică, cât și cu relaționarea cu grupul de vârstă [4,5,7,8,9].

Cele mai frecvente temeri legate de situații sociale pe care copilul sau adolescentul le resimte sunt:

- **teama de situații în care ar trebui să performeze în fața altor persoane – teama de a răspunde la școală, teama de a participa la un spectacol, recital etc. (anxietate de performanță)**
- **teama de a interacționa social, de a se întâlni cu prieteni sau cu persoane necunoscute**
- **teama de a iniția o conversație**
- **teama de a iniția un joc cu cei de aceeași vârstă**
- **teama de a avea întâlniri romantice**
- **dificultăți de a fi asertiv în situații sociale**
- **dificultăți de a rămâne în situații în care se simte observat sau evaluat [1,4,10].**

Anxietatea se poate manifesta printr-o paletă largă de simptome somatice atunci când adolescentul este expus sau anticipează expunerea la situația socială care-i provoacă disconfort, respectiv: dureri de burtă, greață, vărsături, diaree, cefalee, senzația de leșin, paloare sau eritem facial, palpitații, dureri precordiale, hiperventilație, simptome care pot culmina cu un adevărat atac de panică.

Ca rezultat al fobiei sociale, adolescenții vor avea mai puțini prieteni, prin dificultatea de a-și face prieteni noi, o performanță școlară scăzută, stimă de sine scăzută și abilități sociale deficitare [1,4,10].

Fobia socială se asociază frecvent cu tulburarea depresivă majoră, ambele fiind printre cele mai frecvente tulburări de sănătate mintală care debutează la adolescență, **fobia socială** precedând depresia. Asocierea depresiei la un adolescent cu anxietate se asociază cu o afectare mai importantă a funcționării [11].

O tulburare care merită atenție, deși nu este listată în manualele de clasificare a tulburărilor psihice (ICD-10 sau DSM-5), care este frecvent întâlnită în practica clinică și are legătură cu performanța cognitivă în mediul academic sau cu performanța socială cu egalii de vârstă este fobia școlară. În cazul fobiei școlare, anxietatea și comportamentul evitant au legătură cu școala, respectiv copilul refuză să meargă la școală sau să participe la ore. Acest fenomen poate să apară oricând pe parcursul educațional al unui copil, de la grădiniță până la liceu. Fobia școlară nu produce doar un distres emoțional important, afectând inclusiv funcționarea familiei, ci poate determina și eșec școlar și dificultăți de interacțiune socială [4,12].



Nu întotdeauna refuzul școlar este sinonim cu o tulburare anxioasă, ci poate fi determinat de mai mulți factori precum opoziția, tulburările de conduită asociate sau de factori sociali (părinți care încurajează copilul să participe la treburile casnice și nu insistă ca acesta să fie școlarizat) [1,4,12].

Anxietatea școlară, care poate să se încadreze clinic în tulburările anxioase, apare de obicei după un eveniment petrecut în mediul școlar și perceput ca psihotraumatizant de către copil sau chiar de la începutul integrării în mediul școlar. Copilul refuză să participe la anumite ore sau să meargă la școală. Are multiple îngrijorări și o frică intensă atunci când merge spre școală sau când anticipează mersul la școală. Frica este însoțită de simptome somatice și vegetative și de refuzul de a merge la școală, simptome care apar deseori doar în timpul săptămânii.

Atunci când copilul reușește să participe la ore, în ciuda anxietății, resimte un disconfort intens, nu se simte bine, este foarte tensionat. Datorită simptomelor somatice, frecventează deseori cabinetul medical și este de cele mai multe ori trimis acasă, atitudine care poate să întărească anxietatea copilului și să mențină comportamentul de evitare [1,4,12].

În mediul școlar și social, copilul cu anxietate socială sau școlară are nevoie de suport din partea cadrelor didactice în vederea scăderii intensității și frecvenței stresorilor. Astfel, se poate recomanda ca elevul să fie ascultat doar în scris, să i se dea voie să se retragă controlat atunci când anxietatea ia forma unui atac de panică, cu reîntoarcere ulterioară în clasă, să beneficieze de suportul consilierului școlar, să i se permită reintegrarea treptată în mediul școlar atunci când refuzul școlar s-a instalat.

Cât de frecvente sunt tulburările de anxietate la copii și adolescenți?

În ceea ce privește frecvența cu care sunt întâlnite tulburările anxioase în general la copil și adolescent, Rapee și colaboratorii raportează o prevalență de 5% [4], iar, conform datelor raportate de CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 7,1% dintre copiii cu vârste cuprinse între 3 și 17 ani din Statele Unite au avut de-a lungul vieții un diagnostic din categoria tulburărilor de anxietate [13].



Care este cauza anxietății?

Mecanismul etiologic al tulburărilor de anxietate nu este încă pe deplin elucidat, dar la baza tulburărilor anxioase stă modelul biopsihosocial, fiind implicați factori genetici, biologici, psihologici, sociali și de mediu [4].

Ca factor de risc pentru anxietate, temperamentul este unul dintre cei mai studiați. Inhibiția comportamentală, retragerea, rușinea și temerile sunt trăsături descrise ca fiind factori de risc pentru dezvoltarea tulburărilor anxioase [4].

Ca manifestări clinice ale inhibiției, ce pot fi observate după vârsta de 2 ani, menționăm: retragerea în situații care nu-i sunt familiare, dificultăți de a relaționa cu persoane necunoscute, lipsa zâmbetului, dificultăți de a se desprinde de figura principală de atașament, evitarea comunicării verbale, evitarea contactului vizual, reținere în a explora spații sau situații noi. Toate aceste simptome necesită diagnostic diferențiat cu tulburările de spectru autist. Copilul cu aceste trăsături de temperament comunică însă cu persoana de atașament, iar dificultățile de comunicare și interacțiune socială apar doar în contexte nefamiliare. Prezența acestor trăsături de temperament în perioada preșcolară reprezintă un factor de risc pentru apariția tulburărilor de anxietate în perioada școlară și adolescență [4].

Modalitatea de parenting este deseori evidențiată ca factor implicat în modelul etiologic al anxietății la copil. Controlul parental contribuie la dezvoltarea anxietății prin două mecanisme:

- **Părintele hiperprotectiv transmite permanent copilului ideea că există o amenințare, ceea ce va determina creșterea nivelului de vigilență al copilului și teamă, precum și gândul că potențialul pericol nu poate fi controlat de către copil.**
- **Stilul de parenting nu permite copilului să exploreze mediul și astfel să se expună la diverse situații care să îl ajute să-și construiască mecanisme de coping cu ajutorul cărora să poată gestiona frica [1].**

Nu doar mediul de viață hiperprotectiv, ci și evenimentele negative din viața de familie, precum divorțul, violența, abuzul fizic sau sexual, pot fi factori de risc pentru dezvoltarea tulburărilor anxioase la copil și adolescent. Cercetările arată însă că reacția anxioasă este pe termen scurt și că acești factori sunt nespecifici pentru anxietate [4].

Cum se stabilește diagnosticul de anxietate?

Stabilirea diagnosticului de tulburare anxioasă se bazează pe **evaluarea clinică psihiatrică**, la care se adaugă **evaluarea psihologică, aplicarea unor scale și chestionare, precum și observarea comportamentului copilului sau adolescentului**[4].

Cum comunicăm despre anxietatea socială și școlară?

Utilizarea unei terminologii adecvate cu diferențierea tipurilor de anxietate.

Validarea emoțiilor – emoțiile sunt firești, ele devin patologice atunci când sunt foarte intense și interferează cu funcționarea.

Evitarea etichetării – înlocuim sintagma „elevi anxioși” cu „elevi care se confruntă cu stări de anxietate”.

Oferiți contacte și resurse la care copiii, părinții și profesorii să poată apela.

Bibliografie

1. Morris RJ, Kratochwill TR. Childhood fears and phobias. In: Kratochwill TR, Morris RJ, editors. The practice of child therapy. 2nd ed. New York: Pergamon; 1991. p. 76–114.

2. Muris P, Merckelbach H, Mayer B, et al. Common fears and their relationship to anxiety disorders symptomatology in normal children. Pers Individ Diff 1998;24(4):575–8.

3. Beesdo K, Knappe S, Psycha D, Pine DS. Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V, Psychiatr Clin North Am. 2009 September; 32(3): 483–524. doi:10.1016/j.psc.2009.06.002.

4. Rapee RM. Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012.

5. Dobrescu I, Rad F. (2016) „Tulburări Anxioase la copil și adolescent" în „Manual de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului – ediția a 2-a revizuită", sub redacția Prof. Dr. Iuliana Dobrescu, Editura Total Publishing, București. ISBN 978-606-8003-41-2.

6. National Institute of Mental Health. Help With Anxiety Disorders. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders

7. American Psychiatric Association (2013) - Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

8. World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical description and diagnostic guidelines.

9. World Health Organization ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS), Version for preparing implementation https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f675329566

10. Hitchcock, C. A., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2009). Recent findings in social phobia among children and adolescents. The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 46(1), 34–44.

11. de la Torre-Luque A, Essau C (2019) Symptom network connectivity in adolescents with comorbid major depressive disorder and social phobia, Journal of Affective Disorders, Volume 255, 2019, Pages 60–68, ISSN 0165-0327

12. Paradžik L, Zečević I, Kordić A, Boričević V, Ercegović M, Karapetrić L, Šarić D (2019) School Phobia - When Fear Keeps Children Away from School. Soc Psihijat. 2019;47:214–231.

13. Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, Ali MM, Lynch SE, Bitsko RH, Blumberg SJ. Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in U.S. children. The Journal of Pediatrics, 2019;206:256-267.

Autor: Conf. Dr. Florina Rad, medic primar psihiatrie pediatrică

Această resursă a fost realizată în cadrul proiectului Educație media pentru sănătate mintală, demarat de Centrul pentru Jurnalism Independent (CJI) cu sprijinul UNICEF în România.

Opiniile exprimate în acest material aparțin autoarei și nu reflectă în mod necesar poziția UNICEF în România.

© 2026 Centrul pentru Jurnalism Independent