

REFERATE GENERALE / GENERAL STUDIES

Pentru o semantică riguroasă a termenilor din domeniul psihopatologiei

Argumentation for a Rigorous Semantics of Psychopathology Terms

Ștefan Milea¹

REZUMAT

Introducere

Sunt subliniate șase argumente pentru care astăzi sunt indispensabile circumscrieri riguroase ale noțiunilor psihiatrice, ca și faptul că această cerință este prea ușor ignorată. Afirmatia este demonstrată de cinci exemple: agresivitatea, anxietatea, depresia, stresul și tulburarea hiperchinetică.

Cuvinte cheie: agresivitatea, anxietatea, depresia, stresul și tulburarea hiperchinetică.

ABSTRACT

Six arguments are outlined that these days need rigorous circumscription of psychiatric concepts. The author also points out that this requirement is ignored too easily. The statement is demonstrated by means of five examples: aggression, anxiety, depression, stress and hyperkinetic disorder.

Keywords: aggressiveness, anxiety, depression, stress, hyperkinetic disorder

Introducere

Sunt cel puțin șase argumente care impun ca noțiunile cu care operăm în domeniul diagnosticului psihiatric să fie clar definite și unanim acceptate.

În primul rând, dintotdeauna cercetarea științifică a pretins utilizarea unui limbaj comun unanim recunoscut.

În al doilea rând, așa cum subliniam și în 2009 atunci când, sintetizând motivele pentru care sistemul DSM de clasificare a tulburărilor psihice, instrument valoros al psihiatriei administrative, nu poate substitui psihiatria clinică, menționam și că între meritele sale deosebite se înscrie faptul că el readuce în prim plan semiologia psihiatrică. Lăsată mult timp la opțiunea diferitelor orientări doctrinare, începând cu DSM III (1980) [1], semiologiei i se acordă rolul principal în edificarea diagnosticului. De fapt, diagnosticul, de această dată etiologic și ateoretic se bazează în principal pe seturi minime numerice de simptome apreciate ca reprezentative și suficiente. Se înțelege însă că reprezentativitatea simptomelor psihopatologice indispensabilă diagnosticului, impune ca o condiție

majoră ca ele să fie clar definite și unanim recunoscute de toți cei implicați în atestarea și folosirea diagnosticului.

În al treilea rând, astăzi se vorbește tot mai insistent de medicina bazată pe dovezi. Ori dovezile nu pot fi obținute decât de studii pe loturi omogene, ceea ce înseamnă că ele sunt constituite din indivizi riguros asemănători, respectiv cu aceeași simptomatologie.

În al patrulea rând, astăzi se tinde spre personalizarea abordării contextului clinic și a intervenției terapeutice. Nici această orientare nu poate fi valorificată fără o riguroasă delimitare a noțiunilor cu care se operează. Așa cum vom vedea, aici nu pot fi trecute cu vederea cel puțin trei elemente distincte care pot particulariza un pacient, o realitate diagnostică sau un simptom clinic și anume: prezența unei baze neuropsihobiologice specifice și a unor nuanțe a aspectului clinic și de ce nu, când este posibil și a unor markeri genici.

În al cincilea rând, este indispensabilă asimilarea noilor cunoștințe care astăzi permit o mult mai nuanțată individualizare a realităților clinice.

¹ Prof. Asociazat UMF Carol Davila București. Membru titular Academia de Științe Medicale

Autor de corespondență: Acad. Prof. Univ. Dr. Ștefan Milea
e-mail: stmilea@yahoo.com

¹ Associate Professor at Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Member of the Academy of Medical Sciences

Correspondence author: Acad. Prof. PhD Ștefan Milea
e-mail: stmilea@yahoo.com

Și în al șaselea rând, astăzi, psihatria administrativă ne obligă să operăm cu ghiduri diagnostice și terapeutice care au la bază generalul și nu particularul, deși acesta din urmă este indispensabil unei conduite terapeutice eficiente.

Cu toate acestea, nu de puține ori constatăm o atitudine cel puțin comodă asupra modului în care sunt folosite noțiuni chiar și din cele mai importante și de către specialiștii datorii să-și impună un punct de vedere responsabil. În cele ce urmează vom da câteva exemple.

A. Agresivitatea (simptom)

Agresivitatea este un fenomen atât de general încât pare inerent vieții însăși afirmă Bernard și Trouve (1977) [2]. Cu toate acestea, așa cum susțin și Meguire și Troisi (1999), deși beneficiază de multe definiții nici una nu este satisfăcătoare deoarece ele implică numeroase excepții de la regulă. Afirmatia o demonstrează definițiile uzuale. Spre exemplu, DEX (1984) [3] vorbește la modul general de "însușirea de a fi agresiv constituind uneori un simptom patologic", Popescu Neveanu (1978) [4] de „comportament distructiv și violent orientat spre persoane, obiecte sau spre sine”, iar Sillany (1996) [5] de „tendința de a ataca.....un caracter belicos al persoanei”.

Sunt formulări care, după caz, fac abstracție de: inacțiunii cu scop de a genera un prejudiciu; de gânduri și trăiri sub forma indiferenței față de suferința altuia sau uneori a satisfacției nejustificate generate de aceasta și chiar a plăcerii de a face rău; de faptul că agresivitatea nu este o formă de acțiune ci o trăsătură psihică și că are și o latură normală care depășește cu mult sfera anormalului; și foarte important, de faptul că agresivitatea nu este atestată de toate manifestările care produc daune ci doar de acele care sunt produsul ostilității, fie că sunt sau nu finalizate cu prejudicii.

Dificultatea ofertei unei definiții satisfăcătoare a agresivității și chiar a identificării ei are mai multe cauze.

În primul rând, este consecința complexității sale și a diversității formelor de manifestare sau cum afirmam în 2010, a faptului că este un concept complex, interactiv, eterogen și deschis.

În al doilea rând, agresivitatea este mai mult de cât o trăsătură psihologică fiind de fapt o structură mentală cu organizare holistică, caracter multisistemic și interdisciplinar. Ea reprezintă un anumit mod intrinsec și dinamic de a fi al individului, respectiv un fel de a reacționa la stimulii externi și interni fapt care-și

pune amprenta pe toate procesele și funcțiile psihice. Ca atare, se poate vorbi de un mod agresiv de a gândi, de a vorbi, a percepe, a acționa, sau a munci, de a se bucura sau a suferi și iubi și în general, de a fi.

În al treilea rând, atât agresivitate cât și noțiunile pe care se sprijină (agresiune, vinovăție, intenție, discernământ, drepturi cetățenești, libertate individuală, normal-anormal etc.) sunt și ele la rândul lor, structuri complexe neriguroso conturate (vezi și Milea-2010) [6]. Cu toate interacționează cu foarte multe domenii. Le întâlnim în psihologie, psihopatologie, psihiatrie, medicină legală, justiție, sociologie, morală, limbaj comun și nu numai. Toate sunt instanțe care operează cu norme, cu valori și cu instrumente de evaluare proprii. Nu este vorba doar de faptul că unele sunt mai concesive decât altele și nu se suprapun integral ci și de mobilitatea independentă în timp a unora și chiar de existența unor opțiuni divergente. Legislația, normele morale, componentele socio-culturale au și ele o mobilitate proprie în timp și spațiu. De asemenea, trebuie menționați și factorii subiectivi, motivaționali, religioși, morali de grup și individuali, agresorul, victima și cei de pe margine care-și pun amprenta modulând foarte activ sistemul. Cu deplin temei, fiecare domeniu este îndreptățit să opteze pentru aspectele care-l reprezintă mai bine. Să amintim că și o palmă dată de părinte poate fi apreciată diferit, dar și că victima poate să nu conștientizeze agresiunea și chiar să o nege sau să o ascundă. Fie și numai din aceste motive atât agresivitatea în general cât și reprezentantele sale normale și anormale sunt structuri deschise, respectiv cu limite mobile ce variază în timp și spațiu.

În acest context putem considera că **agresivitatea anormală (simptom) reprezintă o structură mentală complexă, heterogenă, interactivă și deschisă, cu organizare holistică, caracterizată prin firescul unor trăiri, fantezme reverii, gânduri, aspirații și intenții ostile, prag de frustrare scăzut ca și prin plăcerea de a asista și participa la scene, toate centrate în jurul ideii de a face rău.** Este ceea ce, în limbajul comun înseamnă „om rău”, conflictual, dușmănos, ranchiunos, răzbunător, crud, sadic. Psihologic vorbind, agresivitatea este reprezentată de fantezme, un prag de frustrare scăzut, un mod de a gândi, a aspira, a se bucura de răul altuia, a aprecia realitatea și în final un mod de a acționa și a reacționa în așa fel încât să rezulte daune și satisfacție. Ea are un versant pasiv componenta de fond, stabilă a agresivității. Ea populează spațiul subiectiv fiind controlată, reprimată

sau disimulată. Și un versant activ care atunci când se manifestă se exprimă fie sub forma unui fel agresiv de a fi, fie a unor manifestări elementare intempestive, dramatice, violente, coleroase, de scurt circuit și mânie oarbă ce pot merge până la crize de afect cu îngustarea câmpului conștiinței și amnezie lacunară. Nu de puține ori manifestările sunt premeditate, controlate cu tact, dozate, prelucrate, elaborate sau amânate până la apariția unui moment favorabil, pretext care să justifice „ieșirile”, fie provoacă intenționat victima sau se folosește de intermediari cointeresați.

Definiția subliniază faptul că agresivitatea anormală:

1. Nu este o simplă trăsătură psihologică ci este o structură mentală multisistemică și interactivă cu organizare holistică. Ea angajează persoana marcată de agresivitate patologică, ținta spre care agresivitatea este îndreptată și comunitatea, instanțele morale, socio-culturale, medico-legale și etice care stabilesc reguli și evaluează situația.

2. Este generatoare de o mare diversitate de manifestări recurente cu caracter ostil ce reprezintă exteriorizarea agresivității și nu agresivitatea însăși. Ele poartă numele de agresiunii ce au marca agresivității. Aceasta înseamnă că se remarcă prin faptul că au un caracter mai mult sau mai puțin gratuit, că sunt expresia unui prag de frustrare scăzut, sunt săvârșite cu rea intenție, dorința și chiar plăcerea de a face rău. Reaua intenție, plăcerea resimțită, caracterul gratuit sau pragul de frustrare scăzut deosebesc agresiunile expresie a agresivității de cele care au altă semnificație – neglijență, neatenție, eroare, frică, legitimă apărare, beneficii materiale etc.. În plus, cele din urmă sunt agresiuni doar pentru că au generat o daună fizică, psihică, materială sau morală în timp ce primele pentru că sunt impregnate cu însemnele agresivității fără a fi neapărat nevoie să fie finalizate. Acestea înseamnă că:

a. Abuzurile, pedepsele de orice natură, constrângerile și orice evenimente care deși produc daune sau suferință sunt expresia agresivității doar dacă poartă marca ostilității fiind inconsistent motivate, rău intenționate, generatoare de plăcere sau sunt reacții de scurt circuit.

b. Suicidul cunoscut că are și numeroase alte motive, de cele mai multe ori nu este expresia auto-agresivității așa cum se consideră adesea.

c. Daunele provocate de către bolnavii cu tulburări psihice (psihoze, patologie obsesiv-compulsivă, tulburărilor cantitative și calitative de conștiință, demențe

etc.) nu sunt nici ele totdeauna expresia agresivității. Atunci când agresivitatea este prezentă aceasta are un caracter aparte deoarece comportamentul care se poate finaliza sau nu cu daune este simptom subordonat afecțiunii psihice care-și pune amprenta specifică motivațională, clinică, terapeutică și evolutivă și în funcție de caz, distorsionează și chiar anulează unele din criteriile definitorii ale agresiunii.

3. Are și o componentă normală, fenomen universal destinat satisfacerii trebuințelor vitale sau cum afirmă K. Lorentz (1969) [7], unul din instinctele care guvernează comportamentul tuturor speciilor. Pe ea, în locul formulei frecvent utilizate „agresivitate în sensul bun al cuvântului” ar fi de preferat ceea ce în 1967 a propus M. Epuran (citată de Popescu-Neveanu -1978[4]) termenul de combativitate. Între formele sale de manifestare menționăm doar: ambiția, perseverența, mentalitatea de învingător, mândria, dorința de a se pune în valoare, a se afirma și impune, de a se confrunța și a depăși pe alții, a trece peste dificultăți și obstacole, de a lupta cu cineva sau pentru ceva sau de a răspunde la provocări etc. Sunt forme ale agresivității normale care se cer antrenate și stimulate.

4. Trebuie subliniat și caracterul deschis al agresivității. El are în vedere procesul permanent atât de identificare de noi forme de manifestare ale agresivității cât și pe cel de dezincriminare. Avem în vedere largă plajă a formelor de manifestări situate la limita dintre normal, anormal sau patologic în cadrul cărora cursorul graniței se deplasează după caz, fie într-un sens fie în altul. Exemplificăm cu încăpățânarea, opoziția, tachinăria, plăcerea de a bârfi de a vedea filme de groază sau de a critica, gelozia, orgoliul, ironia, glumele cu adresă etc. la nivelul cărora operează criterii cantitative aproximative, individuale, marcate de subiectivitate, interpretabile și chiar controversate sau diferite de la un context, situație, socio-cultură la alta. Să adăugăm încă modul în care sunt interpretate agresiunile intrafamiliale conflictele dintre părinți și copii, drepturile și libertățile individuale și colective. Desigur că delimitarea în care se vorbește de manifestarea lor în exces nu ajută prea mult. Există și contexte ambivalente demonstrate practic de expresia „quis aime se taquine”, ca și de ceea ce subliniază concepția psihanalitică atunci când vorbește de sentimentul ambivalent reprezentat de dorința de încorporare a obiectului dorit și exemplificat de expresia larg folosită „Îmi vine să te mănânc” ca mod de a sublinia prea plinul afecțiunii resimțite, sau și mai aparte, rela-

țiile sado-masochiste care numai pentru cei din afară exprimă agresivitate. De asemenea asistăm la un proces de eliminare, în numele drepturilor individuale a unor constrângeri impuse anterior de normele sociale în sfera sexualității, a statutului familiei, a uzului de droguri, a bolnavului psihic sau a educației copilului.

B. Anxietatea (simptom)

Este componenta de bază a anxietății sindrom și a anxietății boală. Ea trebuie deosebită de corespondentele sale normale reprezentate de prudență, grijă, conduită de evitare a riscurilor și stare de alertă la stimuli neașteptați sau noi. Vorbind de anxietatea normală, R. Spitz (1887-1974) o consideră al doilea organizator al vieții psihice, iar DSM o recunoaște atunci când din 1980 intitulează un capitol „Anxiety Disorders”. Este ceea ce, așa cum bine subliniază Mihăilescu (1999) [8], înseamnă acceptarea existenței și a uneia normale. Ea este parte constitutivă și expresie a instinctului de apărare care are o importantă funcție protectivă. Aceasta deoarece declanșează ascuțirea simțurilor, determină mobilizarea mijloacelor de apărare, creșterea randamentului și a eficienței activității, protejează și contribuie la adaptarea, la diversificarea și la nuanțarea trăirilor emoționale. Mai mult, așa cum susțin în operele lor Melanie Klein (1882-1960), R Spitz (1887-1974) sau J. Bowlby (1907-1990) ea se implică în dezvoltarea normală a copilului. Dimpotrivă, anxietatea anormală este marcată de incapacitatea de a folosi adecvat resursele disponibile, este excesivă, nerealistă, nejustificată sau aberant motivată, reprimă curiozitatea, perturbă adaptarea și generează comportamente negative, ezitante, reacții de apărare nejustificate și chiar periculoase sau contribuie la geneza altor tulburări psihice.

Deși anxietatea simptom este un fenomen psihopatologic constant întâlnit în practica medicală, nu numai psihiatrică ci și în viața de toate zilele, ea nu este consecvent delimitată. De fapt, este și astăzi valabilă afirmația din „Encyclopedia of Psychiatry for General Practitioner (1972)” [9], conform căreia ea este lipsită de o definiție precisă. Este clasică definiția oferită de Jaspers în 1913 (citată de Pichot-1987) [10] conform căreia anxietatea este „teamă fără obiect”, formulare operațională, tentantă prin simplitatea ei la care se face adesea trimitere. În fapt, ea nu este suficient de adecvată chiar dacă este uneori completată cu precizări de felul: fără obiect aparent (Deley citat de Sârbu -1979) [11], prezent am prefera noi; caracter

irațional, lipsa unei amenințări externe, stare de așteptare penibilă, pericol iminent nedefinit etc. Aceasta deoarece anxietatea chiar dacă este o stare emoțională negativă autentică ce pare simplă la prima vedere, ea nu se rezumă doar la atât. Ea este un fenomen complex și heterogen. Pentru Quetin și Peyrouset (1964) [12] anxietatea se compune din trei deficiențe fundamentale ale aparatului psihic: insecuritate (tulburare afectivă), incertitudine (tulburare de gândire) și indecizie – tulburare de voință. La rândul său Teodorescu (1999) [13] subliniază implicarea gândirii (o distorsiune interpretativă), a atenției (o hipervigilență selectivă) și a memoriei – acces facil la anumite experiențe trăite. Pe aceeași linie, Predescu și Ionescu (1988) [14] afirmă că anxietatea „este mai mult potențială decât actuală și uneori mai mult gândită decât trăită”. Trebuie spus și că un fundal anxios este în măsură să împiedice gândirea să fie pe deplin rațională în timp ce instinctul de apărare și memoria care vine cu experiența anterioară o pot face și ele să fie excesiv de prudentă. Mai mult, gândirea poate fi nu numai angajată în sistem de către anxietate ci ea poate, în anumite cazuri, să genereze și singură anxietate deoarece este cea care poate construi un fals pericol, îi poate atribui caracter insurmontabil, dar mai ales îl poate anticipa, respectiv proiecta în viitor.

La toate acestea trebuie adăugată și prezența cor-tegiului manifestărilor somatice, neurovegetative, endocrino – humorale, motorii și comportamentale caracteristice stărilor de spaimă care fac ca în prezența anxietății să ne confruntăm nu numai cu o fenomenologie psihică ci și cu acte care pot ajunge la complexitatea unor măsuri de apărare absurde. Și de această dată pot apare aspecte particulare care le poate plasa în postură de sursă a anxietății. Ca atare, sunt și tulburări somato-vegetative ca, de exemplu în colica renală, preinfarct miocardic, embolie pulmonară, astm etc. care se pot afla, de această dată la originea unei forme particulare de anxietate care, fiind aparte, pentru unii poartă numele de angoasă. Denumirea nu o găsim în literatura psihiatrică germană sau americană. În acest domeniu opiniile sunt foarte diferite. Unii autori consideră anxietatea și angoasa doi temeni sinonimi, alții fac referire la angoasă doar cu ocazia prezentării dezvoltării psihice normale sau a formelor cu caracter paroxistic sau dominate de fenomene somato-vegetative și de agitație psihomotorie, în timp ce CIM-10 vorbește doar de angoasa de separare (F-93.0).

Revenind la definiția anxietății oferită de Jaspers, trebuie spus că nici precizarea privind lipsa unui obiect nu este pe deplin satisfăcătoare. De fapt în foarte mult cazuri este dificil să se accepte lipsa absolută a unui „obiect” sau că nu există o cauză externă dar mai ales internă identificabilă. În realitate adesea anxietatea are în vedere ceva, orice capabil să reprezinte o amenințare. Acest ceva este cel puțin o reprezentare mentală a unei amenințări, a ceva, este adevărat uneori vag conturat, care mai devreme sau mai târziu, tranzitor sau chiar stabil poate să capete contur și un nume. Mai mult, anxietatea însăși poate determina tulburări de percepție care pot alimenta anxietatea sau și mai important de subliniat, acestea, prezente din indiferent care cauză, pot ele, la rândul lor, induce anxietate. Acestea fac ca delimitarea anxietății de fobie (frică cu obiect) să devină uneori relativă. De fapt sunt autori care au ignorat-o. Exemplificăm cu R. Spitz (1887-1974) care denumește anxietatea de separare reacția negativă care apare spre luna a 9-a de viață la vederea unei persoane necunoscute sau cu Bowlby care la copii mici, face referire la anxietate vorbind de teama pierderii figurii principale de atașament.

Depresia este o altă tulburare emoțională care se însoțește și chiar se împletește strâns cu anxietatea. Faptul că de regulă anxietății îi este caracteristică agitația în timp ce depresiei inhibiția, face aparent, nefirească ideea dificultății de a le delimita. Numai că cele două entități semiologice folosesc unele instrumente mentale constitutive comune (gândirea de exemplu), se stimulează și se și maschează reciproc ceea ce le face adesea dificil de delimitat. În fapt, ambele fenomene au un mod comun de a percepe realitatea care include identificarea și anticiparea facilă a pericolelor, amplificarea semnificației lor ca și sentimentul fals că nu pot fi depășite. Sunt caracteristici gândirii atât a persoanei anxioase cât și a celei depresive ceea ce apropie foarte mult cele două tipuri de tulburări. În plus, ICD-10 recunoaște diagnosticul de depresie agitată (Cod F32.2) tot așa cum anxietatea poate îmbrăca aspect stuporos. De fapt este bine cunoscută expresia „a împietrit de spaimă”.

Obsesiile sunt o altă categorie de tulburări care deși sunt în primul rând de gândire, sau poate că tocmai din acest motiv, sunt și ele însoțite de anxietate ca urmare a fundalului anxios care le „colorează”, a neliniștii produse de prezența și incapacitatea de a se elibera de ele ca și a semnificației lor mai ales în cazul celor fobice.

Toate acestea nu fac decât să sublinieze complexitatea și caracterul heterogen al anxietății. Implicarea directă în anxietate a gândirii, atenției, a memoriei, a voinței și a activității fac din ea un complex semiologic ce-l apropie mai mult de ideea de sindrom, aspect subliniat deja de Lazarus și Averil în 1972. Mai mult, așa cum s-a văzut, anxietatea are: mai multe surse de proveniență și mai mulți factori generatori; se asociază și interacționează cu mai multe tipuri de tulburări psihice și somatice în posturi de: element central dominant, similar ca intensitate sau dimpotrivă modest sau ca o componentă evidentă sau dificil de delimitat. Sunt aspecte care conferă particularități semnificative diferitelor sale forme de manifestare în multe privințe distincte. Ca atare anxietatea se poate prezenta ca :

- a. manifestare primară de sursă internă, centrală care domină ansamblul tulburărilor ca în atacul de panică;
- b. ca simptom secundar de fundal ca în obsesii,
- c. ca manifestare însoțitoare ca în fobii și depresii;
- d. ca manifestare produs al altor tulburări psihice sau somatice(vezi angoasa);
- e. ca asocieri ale circumstanțelor de mai sus.

Astfel că, în cazul anxietății o primă condiție a unei intervenții personalizate este obținerea unui răspuns privind tipul de anxietate cu care ne confruntăm.

C. Depresia (simptom)

Este componenta depresiei sindrom și a depresiei boală. De cele mai multe ori definițiile preferă să recurgă la formule descriptive. **Putem considera că depresia reprezintă o stare de deznădejde rigidă, stabilă și de durată, nemotivată, insuficient, sau aberant motivată.** Se deosebește și trebuie deosebită de varianta normală, corect numită tristețe sau nefericire consecință rezonabilă ca intensitate și durată a trăirii unor evenimente afectiv-negative ca de exemplu pierderea cuiva apropiat sau legată de drama cuiva de care ne pasă suficient de mult. Aceasta din urmă este așa cum foarte judicios sublinia Pelicier (1983) [15], mai mobilă și dispare odată cu cauza incriminată. Incorecta delimitare este una din cauzele mării varietăți a datelor privind morbiditatea depresiei ca și a mării prevalențe a fenomenului oferită mai ales de către mass-media, dar și de statistici bazate pe chestionare oferite populației în care varianta normală este ușor de confundat cu depresia simptom.

Depresia nu a fost și cu atât mai mult nu este astăzi, o realitate omogenă. Alături de variantele clinice bine cunoscute, progresele deosebite realizate în ulți-

mii 20-30 de ani în descifrarea mecanismelor patogene ale tulburării depresive și a acțiunii numeroaselor preparate destinate controlului său au demonstrat că nu numai cadrul clinic ci și baza sa neurobiologică și biochimică diferă din multe puncte de vedere, de la un caz la altul. Datele actuale permit ca în funcție de substratul biologic-biochimic dominant să identificăm patru modele funcționale și anume: modelul cu predominanța deficitului de noradrenalină, cu predominanța deficitului de serotonină, cu predominanța deficitului de dopamină și depresii mixte. Subliniez, sunt modele funcționale ceea ce explică remisiunile, recăderile și eventualul viraj spre manie.

Ideea a fost sugerată de Van Praag (1975) [16] și preluată și de Marinescu (1997 pg. 294-295[17]) care subliniază și faptul că ele dispun de particularități clinice și de markeri biologici și biochimici orientativi.

Desigur că în depresie este demonstrată implicarea disfuncției și a altor sisteme morfo-biochimice cerebrale de care trebuie ținut seama. Este vorba de sistemul adrenergic, colinergic, gabaergic sau histaminergic și nu numai. Acestea se asociază fie între ele dominând de la caz la caz, fie la cele dominante. Cele dominante domină și ca număr de cazuri și așa cum am subliniat mai sus, dispun de unele particularități clinice și de laborator care pot orienta diagnosticul. Oricum, recunoașterea existenței celor patru tipuri morfo-biochimice de depresie este de o mare importanță practică. Ele permit:

- să împărțim depresia în clase terapeutice respectiv serotoninoprive, noradrenalinoprive dopaminoprive; și mixte;

- să înțelegem de ce nu totdeauna cazurile sunt controlate terapeutic satisfăcător;

- să personalizăm terapia având grijă să respectăm ceea ce Marinescu (1997) [17] numea adecvanță terapeutică respectiv să trecem de la modelul terapeutic simptomatic empiric la utilizarea unui preparat psihoactiv selectiv, în concordanță cu defectul morfo-biochimic care se află la baza tulburării depresive;

- să înțelegem de ce este necesar să schimbăm antidepresivul cu altul cu un profil terapeutic diferit de al primului ales arbitrar care s-a dovedit puțin eficient.

D. Noțiunea de stres

Poate că cea mai complicată situație o prezintă noțiunea de stres. Astăzi, ignorându-se faptul că Hans Selye cel care începând cu anul 1936 a impus-o atenției lumii medicale considerând-o o realitate în

primul rând fiziologică și psihofiziologică generală și comună, a devenit (vezi și Milea 2013) atât în limbajul profesional cât și în cel cotidian, mai ales sinonimă cu ideea fie de factor patogen fie de consecință anormală a acestuia. Este faptul pentru care Floru (1974) consideră noțiunea de stres marcată de exagerări și confuzii, Garmez și Rutter (1990) de sursă de ambiguități, iar Drisdale (2000) un termen lunecos. Vorbind de stres, Deley (1965) îl consideră o stare de tensiune acută a organismului obligat să-și mobilizeze mijloacele de apărare pentru a face față unei situații amenințătoare în timp ce Sillamy (1996) [5] definește stresul ca stare în care se află organismul amenințat de dezechilibru sub acțiunea unor agenți care-i pun în pericol mecanismele sale homeostazice. Subliniem, mecanismele homeostazice nu sănătatea. Altfel spus, așa precum înțelegea și Hans Selye, este vorba de un răspuns nespecific la orice solicitare respectiv stimul indiferent de natura sa, aspect subliniat și de către Popescu Neveanu (1978) [4]. Se are în vedere interacțiunea comună a individului cu mediul său înconjurător ceea ce implică mijloacele de adaptare, apărare, învățare, antrenament sau călire indispensabile dezvoltării normale și competitivității. Ea nu a fost și nu poate fi limitată la ideea de cauză a îmbolnăvirilor așa cum din păcate procedează și DEX (1998) pentru care stresul este ”un nume dat oricărui factor (sau ansamblu de factori) de mediu care provoacă organismului uman o reacție anormală. Aici este evident faptul că se limitează la factorii patogeni și la tulburările generate de aceștia. Opțiunea nu este singulară astfel că pentru Lafon (1973) stresul reprezintă ansamblu de reacții consecutive (subliniem) unei agresiuni. Ca atare, în timp ce la originea sa stresul se limita la ideea de solicitare a organismului, astăzi el este înțeles ca suprasolicitare și chiar ca agresiune. Se ignoră astfel noțiunile de eustres și de distres delimitare inițiată de Selye (citată de Fischer și Riedesser-2001).

În opțiunea lui Selye, eustresul este echivalentul sferei fiziologice respectiv psihofiziologice, componenta normală și cea mai importantă parte a domeniului.

La rândul său distresul este sinonim cu latura sa anormală respectiv accidentală sau secundară a acesteia.

Delimitarea eustres-distres a fost minimalizată deși ea permite eliminarea a multe ambiguități. Nu este vorba doar de recunoașterea existenței unei granițe între cele două realități. Se evită:

a. deplasarea accentului pe ideea de stres ca fenomen doar anormal respectiv indezirabil;

b. ceea ce se constată deja, transformarea oricărei solicitări din partea mediului extern în situație indezirabilă, promovarea facilului, a educației hiperprotectoare, confuzia distresului cu efortul necesar antrenamentului, adaptări și depășirii unor obstacole, dar mai ales efortul necesar stăpânirii realității care ne înconjoară și a depășiri obstacolelor.

Vorbind de stres în accepțiunea uzuală astăzi, există permanent riscul de a considera că tot ceea ce ne înconjoară și ne solicită este distres, că orice efort mai mare o condiție indezirabilă, că orice disconfort o stare patologică dar mai ales că hiperprotecția este o soluție sanogenă. Dar ceea ce este mai neplăcut, este faptul că se minializează promovarea rezilienței ca formă modernă de psihoprofilaxie primară în care individul trebuie învățat nu să aștepte pasiv să fie ajutat ci să depășească obstacolele cu mijloacele proprii.

E. Tulburare hiperchinetică

Este denumirea mult timp privilegiată care împreună cu cele (aproximativ sinonime) de sindrom (CIM-8 -1965, Rutter și col. -1975) [18] reacție-hiperchinetică (DSM II-1965) sau de tulburare hiperactivă (preferată în America (Thorley-1984) [19] demonstrează afirmația conform căreia adesea clinica psihiatrică ne oferă la vedere aparențe, respectiv, manifestări care disimulează esențialul. Aceasta deoarece tulburările motorii care au luat „fața” clinicianului zeci de ani, sunt de fapt secundare disfuncțiilor de la nivelul atenției. Ceea ce surprinde aici este faptul că deși au trecut mai bine de 30 de ani de când DSM III (1980) [1] a subliniat că denumirea de tulburare hiperchinetică, nu este adecvată tulburărilor pe care le-a reprezentat o foarte lungă perioadă de timp, continuă să fie promovată și astăzi. Aceasta deși faptul este la originea unor erori diagnostice regretabile. A fost adoptată chiar și de către OMS în 1994 (CIM-10, Cod F-90) în locul denumirii de instabilitate a copilăriei. O regăsim și în revistele și manifestările științifice de specialitate din țara noastră chiar și recente, deși acestea sunt supervizate de comitete profesionale.

Trebuie spus că aici nu este vorba de aspecte formale, respectiv de un nume diferit dat unor mani-

festări patologice ci de minimalizarea faptului că nu suntem în fața unor tulburări neurologice ci în primul rând, psihopatologice și nu este vorba doar de un simplu exces de mișcare. De fapt, pentru DEX (1984) , hiperchinezia este o „activitate exagerată efectuată de mușchii scheletici sau de mușchii netezi ai unui organ cavităar”, denumire astfel limitată la sfera semiologiei neurologice. Mai mult, știind că la baza fiecărei manifestări patologice se află disfuncții specifice și că în psihiatrie nu se tratează simptome, sindroame și nici diagnostice și cu atât mai puțin coduri diagnostice ci substratul acestora, respectiv disfuncțiile neuropsihobiologice care se află la baza lor, este foarte important să înțelegem și să știm că de această dată, atât în terapie cât și în cercetare trebuie să ne adresăm nu sferei motricității ci celei a atenției. De fapt, vorbind de ADHD, autorii americani au identificat și scos la suprafață tulburarea de atenție pe care au valorizat-o la maximum punând-o în postura de simptom central. Prin aceasta se reconsideră baza biologică a domeniului și se oferă și o nouă țintă mai valabilă demersului terapeutic. După părerea noastră (Milea-2010) [6], nici denumirea de ADHD nu este lipsită de imperfecțiuni. Prima obiecție are în vedere formularea deficit de atenție pe care o considerăm neadecvată deoarece: ea se referă doar la deficitul de concentrare a atenției voluntare. Este adevărat că în ADHD există un deficit de concentrare a atenției voluntare dar la cazurile reprezentative, respectiv la cele care sunt ceea ce poate fi numit „argint viu” acesta este secundar hiperprosexiei involuntare. Ca atare, ar fi mai corect să vorbim despre o disfuncție, sau deficiență a atenției cu accent pe ideea de hiperprosexie involuntară și nu de deficit. Nerecunoașterea implicării hiperprosexiei involuntare are dezavantajul unor dificultăți privind diagnosticul diferențial, riscul unor diagnostice eronate și inducerea în eroare a demersului terapeutic orientat spre baza neuropsihobiologică a deficitului de atenție și nu spre cel care se află la baza hiperprosexiei involuntare. Dimpotrivă, sublinierea prezenței hiperprosexiei involuntare permite a explica fără dificultate prezența în asociere a deficitului atenției voluntare, a hiperactivității motorii și psihice și a impulsivității ca și răspunsul tuturor acestora la aceeași medicație.

*
* *

Introduction:

There are at least six reasons that require the concepts with which we operate in the field of psychiatric diagnosis be clearly defined and accepted.

Firstly, scientific research has always asked for the use of a common, widely recognized language.

Secondly, as we also underlined in 2009, when summarizing the reasons why the DSM classification system of mental disorders, which is a valuable tool in administrative psychiatry, cannot substitute clinical psychiatry, we mentioned that among the special merits of the DSM was the one that it brings the psychiatric semiotics back into the foreground. Abandoned for a long time to the decision of various doctrinal guidelines, starting with DSM III (1980) [1] semiology is given the leading role in building the diagnosis. In fact, the diagnosis, this time aetiological and atheoretical, is mainly based on numerically minimum sets of symptoms assessed as sufficient and representative. However, it is obvious that the representativeness of psychopathological symptoms that is indispensable in the diagnosis requires, as a major condition, for them to be defined clearly and universally recognized by all those involved in the certification and use of diagnosis.

Thirdly, today specialists speak more and more loudly about evidence-based medicine. Nevertheless, evidence can be obtained only through studies on homogenous lots, which means that they are constituted of individuals who are rigorously similar, i.e. with the same symptoms.

Fourthly, today there is a tendency to personalize the approach to the clinical context and to the therapeutic intervention. Neither this orientation can be exploited without a rigorous delimitation of the concepts with which specialists operate with. As we shall see, at least three distinct elements here cannot be overlooked that can individualise a patient, a diagnostic reality or a clinical symptom, namely: the presence of a specific neuro-psycho-biologic base, some nuances of the clinical aspect and, why not, when it is possible, gene markers, too.

Fifthly, today, assimilation of new knowledge that it allows a more nuanced individualization of clinical realities is indispensable.

Sixthly, today, administrative psychiatry obliges us to operate with diagnostic and therapeutic guidelines, which are based on the general and not the particular, although the latter is indispensable to an effective therapeutic conduct.

However, not infrequently, we find an attitude, comfortable at least, on how the terms are used, even the most important ones, by the experts who ought to impose their responsible point of view. In the following part we give a few examples.

A. Aggression (symptom)

Aggression is a phenomenon so general that it seems inherent to life itself, as Bernard and Trouve [2] pointed out (1977). However, as Meguire and Troisi (1999) claimed, too, although it benefits from many definitions, none of them is satisfactory because they imply many exceptions to the rule. This statement is demonstrated by the usual definitions. For example, DEX (1984) [3] speaks generally of “the condition of being aggressive, being sometimes a pathological symptom”. Popescu Neveanu (1978) [4] speaks of “destructive and violent behaviour directed at persons, objects or self” and Sillany (1996) [5] of the “tendency to attack ... a bellicose character of the person.”

There are formulations that, as appropriate, disregard: inaction with the purpose of generating injury; thoughts and feelings taking the form of indifference to the suffering of the another, or sometimes of unjustified satisfaction generated by another person's suffering and even taking pleasure in doing evil; that aggression is not a form of action but a mental trait and that has also a normal aspect that goes far beyond the scope of the abnormal; and very importantly, that aggressiveness is not attested by all the manifestations that produce harm but only by those which are the product of hostility, whether or not they end in damages.

The difficulty in offering a satisfactory definition of aggression and even in identifying it has several causes:

Firstly, this is the consequence of the complexity and diversity of aggression's forms of expression or, as we said in 2010, of the fact that it is a complex,

interactive, heterogeneous and open concept.

Secondly, aggression is more than a psychological trait; it is actually a mental structure with holistic organization and multi-systemic and interdisciplinary character. It represents a certain intrinsic and dynamic way of being of the individual, respectively, a way of reacting to external and internal stimuli, which put their stamp on all mental processes and functions. As such, we can speak about an aggressive way of thinking, speaking, perceiving, acting, or working, of enjoying or suffering and loving, and, in general, of being.

Thirdly, both aggression and concepts that support it (aggressivity, guilt, intentional discrimination, civil rights, individual freedom, normal-abnormal, etc.) are also, in turn, complex structures that are unrigorously defined (see also Milea-2010) [6]. In spite of all these, aggression interacts with many fields. We encounter them in psychology, psychopathology, psychiatry, forensic medicine, justice, sociology, ethics, ordinary language and not only. All these are instances operating with rules, values and have their own assessment tools. It is not just that some are more concessional than others are, and do not overlap entirely; it is also about the independent mobility in time of some of them and even the existence of certain divergent options. The law, moral norms, socio-cultural components have also their own mobility in time and space. One should also mention the subjective, motivational, religious factors as well as the moral factors of the group and of the individual, the aggressor, the victim and the sideliners who put their imprint modulating the system very actively. With good reason, every area is entitled to opt for aspects that represent it better. Let us mention that even a slap given by a parent can be assessed differently and that the victim may not be aware of the aggression and even deny or keep it secret. If only for these reasons, aggression in general and its normal and abnormal representatives are open structures, respectively with mobile limits that vary in time and space.

In this context we may consider that **abnormal aggression (symptom) is a complex mental structure, heterogeneous, interactive and open, with holistic lay-out, characterized by the naturalness of certain feelings, fantasies, daydreams, thoughts, aspirations and hostile intentions, low frustration threshold as well as through the pleasure to witness and participate in scenes, all centred around the idea of doing harm.** It is what in ordinary language it means “a bad

person”, a conflicting, hateful, spiteful, vindictive, cruel, sadistic one. Psychologically speaking, aggression is represented by phantasms, a low threshold of frustration, a way of thinking of, aspiring at and enjoying the evil happening to someone else. It is a way to estimate the reality and finally to act and react in a manner that damage and satisfaction should be the result. It has a passive branch, the background, stable component of aggressiveness, which inhabits the subjective space, being controlled, suppressed or concealed. And an active branch, which, when it manifests itself, expresses either as an aggressive way of being or as offensive, elementary manifestations that are unexpected, dramatic, violent, choleric, like short-circuit and blind anger that can go as far as affective crises with the narrowing of the field of consciousness and amnesia gaps. Not infrequently, events are deliberate, tactfully controlled, dispensed, processed, prepared or postponed until a favourable moment appears, or a pretext to justify “the outrages”, either the aggressors provoke the victim intentionally or they use interested intermediaries.

This definition emphasizes that:

1. Abnormal aggression is not a simple psychological trait but a multisystem and interactive mental structure with holistic organization. It engages the person marked by pathological aggression, the target to which aggression is directed and the community, moral, socio-cultural, forensic and ethical entities which establish rules and assess the situation.

2. Abnormal aggression is generating a great diversity of recurring events having a hostile character and representing the externalization of aggression and not aggression itself. They are called aggressions that are marked by aggressiveness. This means that they stand out by having a more or less gratuitous character, that they are the expression of a low frustration threshold, are committed maliciously, with the desire and even pleasure in doing harm. Harmful intentions, the felt pleasure, gratuitous nature or low frustration threshold make the difference between aggressions as expression of aggressiveness from those having a different meaning - negligence, inattention, mistake, fear, self-defence, material benefits etc. Moreover, the latter are aggressions only because they generated physical psychological, material or moral injury, while the former are impregnated with signs of aggression without a necessary need to be completed. This means that:

a. Abuse, penalties of any kind, constraints and any events that, in spite of producing harm or suffering, are the expression of aggression only if they bear the mark of hostility, being inconsistently motivated, malicious, generating reactions of pleasure or are short-circuit reactions.

b. Suicide known to have numerous other reasons, most often is not the expression of self-aggression as it is often considered.

c. Damages caused by patients with mental disorders (psychosis, obsessive-compulsive pathology, quantitative and qualitative disorders of consciousness, dementia, etc.) are also not always the expression of aggressiveness. When aggression is present, it has a unique character because the behaviour that can result in damage or not is a symptom subordinate to the psychic condition which leaves its specific motivational, clinical, therapeutic and evolutionary mark, as appropriate, distorts and even cancels some of the defining criteria of aggression.

3. Aggression has also a normal component - a universal phenomenon meant to satisfy vital needs or, as K. Lorentz (1969) [7] specified, one of the instincts that govern the behaviour of all species. This, instead of the commonly used formula of "aggression in the good sense of the word" would be preferable and it is what M Epuran proposed in 1967 (quoted by Popescu - Neveanu -1978 [8]), namely the term of combativeness. Among its forms of expression we mention only: ambition, perseverance, a winner's mentality, pride, desire to set off one's assets, to assert and impose oneself, to confront and surpass the others, to overcome difficulties and obstacles, fight with someone or for something or to respond to challenges etc. Are normal forms of aggression that need to be engaged and stimulated.

4. The openness of aggression should also be stressed. It considers the ongoing process of both identification of new manifestations of aggression and decriminalization. We have in view the wide palette of the forms of manifestations located at the boundary between normal, abnormal or pathological where the border cursor moves as appropriate, either in one sense or in another. We shall exemplify with stubbornness, opposition, teasing, pleasure in gossiping, in seeing horror films or in criticism, jealousy, pride, irony, jokes with address etc.. At their level, approximate quantitative criteria operate that are individual, marked by subjectivity, interpretation and are even

controversial or different from one context, situation, socio-culture to another. We should also add the way in which intra-family aggressions, conflicts between parents and children, individual and collective rights and freedoms are interpreted. Surely that the delimitation describing their manifestation in excess does not help too much. There are also ambivalent contexts demonstrated practically by the phrase ... "qui s'aime se taquine"; or by what the psychoanalytic concept emphasizes when it speaks of the ambivalent feeling represented by the desire to incorporate the desired object and exemplified by the widely used expression "I feel like eating you" as a way to highlight the plentitude of affection felt. From another perspective that is even more special, the sadomasochistic relationships express aggression only for outsiders. In addition, we are witnessing a process of elimination on behalf of individual rights of constraints previously imposed by social norms in the field of sexuality, family status, the use drugs, the mentally ill individuals or a child's education.

B. Anxiety (symptom)

It is the basic component of anxiety syndrome and anxiety disorder. It has to be distinguished from its normal correspondences represented by caution, care, risk avoiding conduct and alert to unexpected or new stimuli. Speaking of normal anxiety, R Spitz (1887-1974) considers it the second organizer of the psychic life and DSM acknowledges it when since 1980 it has included a chapter entitled "Anxiety Disorders." It is what Mihailescu (1999) [8], has emphasized in good faith and it means accepting the existence and of a normal one. It is constitutive part and expression of the defensive instinct that has an important protective function. This is because it triggers the sharpening of senses resulting in mobilization of defences, increase of efficiency and effectiveness of actions; it also protects and supports the adaptation, diversification and refinement of emotional experiences. Moreover, as Melanie Klein (1882-1960), R Spitz (1887-1974) and J. Bowlby (1907-1990) claimed in their works, it is involved in the normal development of the child. Conversely, abnormal anxiety is marked by the inability to adequately use available resources is excessive, unrealistic, unreasonable or absurdly motivated, represses curiosity, disturbs adaptation and generates negative, hesitant behaviours, defensive, unjustified and even dangerous reactions, or contributes to the

genesis of other psychic disorders.

Although anxiety symptom is a psychopathological phenomenon constantly encountered in medical practice, not only in the psychiatric one, but also in everyday life, it is not defined consistently. In fact, even today, the claim of “Encyclopaedia of Psychiatry for General Practitioner (1972)” [9] that it lacks a precise definition is still valid. The definition given by Jaspers in 1913 (quoted by Pichot, 1987) [10] is classic, saying that anxiety is “a pointless fear”; this is an operational form, tempting in its simplicity, to which reference is often made. In fact, it is not adequate enough even if it is sometimes supplemented with details such as: it has apparently no object (Deley, quoted by Sarbu -1979) [11], or currently, we would add; irrational character, lack of external threats, embarrassing state of expectation, undefined imminent danger, etc. This is because anxiety, even if it is a genuine negative emotional state, that seems simple at first glance, it is not limited to the aspects that have been mentioned so far. It is a complex and heterogeneous phenomenon. For Quetin and Peyrouset (1964) [12] anxiety is composed of three fundamental weaknesses of the psychic apparatus: insecurity (affective disorder), uncertainty (thought disorder) and indecision – (volitional disorder). In turn, Teodorescu (1999) [13] outlines the involvement of thought (an interpretative distortion), of attention (a selective hyper-vigilance) and of memory (easy access to certain life experiences). In the same vein, Predescu and Ionescu (1988) [14] state that anxiety “is more potential than actual, and sometimes more thought of than lived.” It must also be said that an anxious background is able to prevent thought from being fully rational, while the defence instinct and the memory that comes with previous experience may also make thought to be overly cautious. Moreover, thought can not only be employed in the system by anxiety but it may also, in some cases, generate anxiety by itself because it is the one that can build up a false danger to which it may assign an insurmountable character, and especially it can anticipate this danger, respectively envision it in the future.

To these we must add the presence of the pageant of somatic manifestations peculiar to states of fear: autonomic, endocrine - humoral, motor and behavioural ones, which, in the presence of anxiety, make us deal not only with mental phenomenology, but also with acts which can reach the complexity of certain

in absurd measures of defence. This time, too, particular issues may occur that can place them in the posture of source of anxiety. As such, there are also somatoform - vegetative disorders, like, for example, renal colic, myocardial pre-infarction, pulmonary embolism, asthma, etc. that may be located, this time to the origin of a particular form of anxiety that, being special for some specialists, is called anguish. We will not find this name in German or American psychiatric literature. In this area, opinions are very different. Some authors consider that anxiety and anguish of two synonymous terms; others refer to anguish only when presenting normal mental development or paroxysmal forms of character or of forms dominated by somatic-vegetative phenomena and psychomotor agitation, while ICD-10 speaks only of separation anguish (F-93.0).

Returning to the definition of anxiety offered by Jaspers, it must be said that the specification of the lack of an object is not fully satisfactory, either. In fact, in many cases, it is difficult to accept the absolute lack of an “object” or that there is no identifiable external but especially internal cause. In reality, anxiety is often considering something, anything able to pose a threat. This is at least a mental representation of a threat; it is true, of something, which sometimes is outlined vaguely, that eventually, transient or stable, can take shape and a name. Furthermore, anxiety itself may cause perception disturbances, which may feed anxiety; or, even more important to point out, such disturbances that are present from whatever cause may, in turn, induce anxiety. They make the delimitation of anxiety from phobia (fear with object) become relative sometimes. In fact, some authors have ignored it. We exemplify with R Spitz (1887-1974) who defines the separation anxiety as the negative reaction appearing during approximately the 9th month of life at the sight of strangers or with Bowlby who, in young children, refers to anxiety as the fear of losing the main attachment figure.

Depression is another emotional disorder that accompanies and even intertwines closely with anxiety. The fact that, as a rule, anxiety is usually characterised by bustle, while depression by inhibition makes the difficulty of delimiting them seem unnatural. However, the two semiotic entities use some common constituting mental tools (i.e. thought); they stimulate and disguise each other, which makes them often difficult to distinguish. In fact, both of phenomena

have a common way of perceiving reality that includes easy identification and anticipation of hazards, amplification of their significance as well as the false feeling that they cannot be overcome. These are characteristics of the thought of both the anxious person and of the depressed one, which draw two types of disorder very close to each other. In addition, ICD-10 acknowledges the diagnosis of agitated depression (code F32.2) so as anxiety can take a stuporous aspect. In fact, it is the well-known phrase “one has petrified in terror”.

Obsessions are another category of disorders. In spite of being primarily thought, or perhaps for this very reason, obsessions are also accompanied by anxiety due to the anxious background that “colours” them, to the anxiousness produced by their presence and inability to free from them as well as from their significance especially in the case of phobic obsessions.

All these are only to underline the complexity and heterogeneity of anxiety. Direct involvement of thought, attention, memory, and activity in anxiety will make it a semiotic complex that brings it closer to the idea of syndrome, an aspect that has already been highlighted by Lazarus and Averil in 1972. Moreover, as seen above, anxiety has many sources of provenance and several generating factors; it associates and interacts with many types of psychiatric and somatic disorders in the form of: a dominant central element, similar in intensity or, on the contrary, as modest element or as obvious component or one that is difficult to distinguish. There are aspects that bestow significant peculiarities upon its various manifestations in many ways distinct. As such, anxiety may present itself as:

- a. primary manifestation having an internal, central source, which dominates the whole assembly of disorders as in panic attacks;
- b. background secondary symptom as in obsessions;
- c. accompanying manifestation as in phobias and depression;
- d. manifestation resulting from other psychiatric or somatic disorders (see anguish);
- e. combinations of the above circumstances. Thus, in anxiety, the first condition of a personalized intervention is to obtain feedback on the type of anxiety that has to be dealt with.

C. Depression (symptom)

It is the component of depression syndrome and depression disease. The definitions often prefer to use descriptive formulas. **We believe that depression is a state of rigid, stable and lasting, unmotivated, poorly or aberrantly motivated despair.** It differs and must be distinguished from the normal variant that is correctly called sadness or unhappiness, therefore a consequence of reasonable intensity and duration of the experience of negative affective events such as losing someone close or related drama of someone for whom we care enough. The latter is, as judiciously highlighted Pelicier (1983) [15], more mobile and disappears with the responsible cause. Incorrect delimitation is one of the causes of the wide variety of data on morbidity and depression as well as the great prevalence of the phenomenon offered mainly by the media and the statistics based on questionnaires offered to the population where the normal version is easily confused with depression symptom.

Depression was not and even more so today it is not a homogeneous reality. Alongside the well-known clinical variants, good progress made in the last 20-30 years in deciphering the pathogenic mechanisms of depressive disorder and the action of numerous preparations for its control have shown that not only the clinical frame but also its neurobiological and biochemical basis differs in many ways view, from one case to another. Current data allow depending on the dominant biologic - biochemical substrate to identify four functional models namely: the model with the predominance of the deficit of noradrenaline, the one with serotonin deficit predominance, the model with the predominance of dopamine deficit and mixed depressions. I stress, these are working models which explains remissions, relapses and eventual turn to anger. The idea was suggested by Van Praag (1975) [16] and taken over by Marinescu (1997 pp. 294-295) [17] who also points out that they have clinical features and indicative biochemical and biological markers.

Of course, in depression, the involvement of the dysfunction of other morphological and biochemical cerebral systems is demonstrated, which should be taken into account. We mean here the adrenergic, cholinergic, GABAergic or histaminergic systems and beyond. Either they join among themselves, dominating from case to case, or they join the dominant ones. The dominant ones, which dominate also with respect to the number of cases and as outlined

above, have some clinical and laboratory features that may guide the diagnosis. Alternatively, recognizing the existence of four morphological and biochemical types of depression is of great practical importance. They allow us:

- to divide depression into therapeutic classes, respectively serotoninoprival, noradrenalinoprival, dopaminoprival; and mixed;
- to understand why cases are not always controlled satisfactorily by the treatment;
- to personalize the therapy taking care to mind what Marinescu (1997) [17] called therapeutic adequacy, respectively, to move from empirical symptomatic therapeutic model using a selective psychoactive preparation in accordance with the morphological and biochemical defect underlying the depressive disorder;
- to understand why it is necessary to exchange the antidepressant with one having a different therapeutic profile from the first one chosen arbitrarily, which proved less effective.

D. Concept of Stress

Perhaps the most complicated situation is represented by the concept of stress. Today we ignore the fact that, since 1936, Hans Selye has imposed this concept to the attention of the medical world considering it primarily a physiological reality and then a general and common psychophysiological reality. In spite of this, both in the professional language and in the ordinary one, the concept of stress has become synonymous (see also Milea 2013), especially with the idea of being either a pathogenic factor or an abnormal result thereof. Because of this, Floru (1974) considers the concept of stress is marked by exaggerations and confusions, Garmezi and Rutter (1990) see it as source of ambiguity and Drisdale (2000) a slippery term. Speaking of stress, Deley (1965) considers it an acute tension of the body forced to mobilize its defences to cope with a threatening situation, while Sillamy (1996) [5] defines stress as a state of the organism which is threatened by imbalance under the action of agents menacing its homeostasis mechanisms. We stress it: homeostasis mechanisms not the health. In other words, as Hans Selye understood it, too, it is a nonspecific response to any requests, respectively stimuli regardless of their nature, an aspect emphasized by Popescu Neveanu (1978) [4], too. The common interaction of the individuals with their environment

is envisaged, which involves their adaptation, defence, learning, training or toughening means that are indispensable for normal development and competitiveness. It has not been and cannot be limited to the idea of being the cause of disease as unfortunately DEX (1998) has done when it defined stress as “a name given to any environmental factor (or combination of factors) that causes an abnormal reaction in the human body”. Here it is evident that the definition is limited to pathogenic factors and disorders generated by them. So that option is not unique because to Lafon (1973) stress is the set of reactions in consequence of (we highlight it) an aggression. As such, while at origin the stress was limited to the idea of strain on the organism, today it is understood as overstraining and even as aggression. Thus, the delimitation of notions such as eustress and distress, initiated by Selye (cited by Fischer and Riedesser-2001) is ignored.

In Selye's option, eustress is the equivalent of physiological, respectively psychophysiological sphere, the normal component and the most important part of the domain. In turn, distress is synonymous with its abnormal, respectively accidental or secondary side. The delimitation eustress-distress has been minimized although it allows removal of many ambiguities. It is not simply the recognition of the existence of a border between the two realities. It also helps to avoid:

- a. shifting the focus to the idea of stress as just an abnormal phenomenon, therefore an undesirable one;
- b. what is already underway, that is the transforming of any request from the external environment into an undesirable situation, the promotion of the facile, of the hyper-protective education, the confusion of the distress with the effort required for training, adapting to and overcoming obstacles but especially with the effort required in mastering the reality that surrounds us and in overcoming obstacles.

Speaking of stress in the sense that is usual today, there is always the risk of believing that everything that surrounds and strains us is distress; that any greater effort is an undesirable condition; that any discomfort is a pathological condition but especially that hyper-protection is a sanogenous solution. However, what is most annoying is that it minimalizes the promoting of resilience as a modern form of primary psycho-prophylaxis where the individual must be taught not to wait passively to be helped but to overcome obstacles by his/her own means.

E. Hyperkinetic disorder

It is the long-time privileged name which together with the (approximately synonyms) (ICD-8 -1965, Rutter et al. -1975) [18] hyperkinetic syndrome reaction (DSM II-1965) or hyperactive disorder, that is preferred in America, (Thorley-1984) [19] demonstrates the assertion that often psychiatry gives us the sight of superficialities, i.e. events that conceal the point. This is because the motor disorders that have impressed the clinician for decades are actually secondary to dysfunctions at the level of attention. What is surprising here is that it continues to be promoted today, although more than 30 years have passed since DSM III (1980) [1] pointed out that the name of hyperkinetic disorder is not adequate for the disorders it has represented for a very long time. This happens even if this fact is a source of certain regrettable diagnostics errors. Even WHO adopted it in 1994 (ICD-10 Code F-90) instead of the name of childhood instability. We also find in specialty scientific journals and events in our country, even recent ones, although professional committees supervise them.

It must be said that this is not about formal aspects, respectively a different name given to pathological manifestations but about minimizing the fact that we are not faced with neurological disorders but primarily with psychopathological ones and it is not just a simple excess in motion. In fact, for DEX (1984), hyperkinesia is an “exaggerated activity performed by skeletal muscles or by smooth muscles of a hollow organ” such designation is restrictive to neurological semiology. Moreover, given that at the base of each pathological manifestation there are specific disorders and that psychiatry does not deal with symptoms, syndromes, or diagnoses and even less with diagnostic codes but

with their substrate, respectively the neuro-psycho-biologic dysfunctions which are at their base, it is very important to understand and know that this time, both in therapy and in research, we have to address the sphere of attention and not the one of the motor skills. In fact, speaking of ADHD, American authors have identified and unearthed attention disorder that they have valued at maximum putting it in the position of central symptom. This means to reconsider the biological basis of the field and thus to provide a new target, more valid for the therapeutic approach. In our opinion (Milea-2010) [6], the name of ADHD is not without imperfections, either. The first objection is directed to the formulation attention deficit, which we consider inadequate, because: it refers only to concentration deficit of voluntary attention. It is true that in ADHD, there is a deficit in voluntary attention span but the representative cases, namely those that are what can be called “quicksilver”, are secondary to involuntary hyperprosexia. As such, it would be more correct to speak of a dysfunction or deficiency of the attention focused on the idea of involuntary hyperprosexia and not on the deficit. Not acknowledging the involvement of involuntary hyperprosexia has the disadvantage of creating certain difficulties in the differential diagnosis, the risk of erroneous diagnoses and misleading the therapeutic approach directed to neuro-psycho-biologic foundation of attention deficit and not to the one of involuntary hyperprosexia. Rather, emphasis on presence of involuntary hyperprosexia allows one to explain easily the presence in combination of voluntary attention deficit, mental and motor hyperactivity, impulsivity as well as the answer of all of them to the same medication.

*
* *

BIBLIOGRAFIE / REFERENCES:

1. DSM -III (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)
2. Bernard P. Trouvé S. (1977) Séméiologie psychiatrique. Masson
3. DEX –Dicționar Explicativ al Limbii Române (1984), Editura Academiei Republicii Socialiste România
4. Popescu-Neveanu P. (1978), Dicționar de Psihologie, Editura Albatros
5. Sillany N. (1996), Larousse, Dicționar de Psihologie, Ed. Univers Enciclopedic București
6. Milea Șt. (2010), Agresivitatea un concept complex, interactiv, eterogen și deschis, Revista SNPCAR vol. 13 nr. 3 pg: 31-44
7. Lorenz K (1966) On aggression, New York Harcourt, Brace and World
8. Mihăilescu R. (1999), Anxietatea paroxistică, În vol: Actualități în tulburările anxioase. Pg:51-85. Sub red. R Teodorescu. Ed. Cris
9. Encyclopedia of Psychiatry for Genral Practioners (1972), Leigh D. Pare C.M.B, Marks J. Roche Products Ltd.
10. Pichot P (1987), L'Anxiété, Masson
11. Sârbu A. (1979), Psihiatrie Clinică –Ghid alfabetic, Editura Dacia, Cluj-Napoca
12. Ouetin A.M., Peyrousset J.M (1964), Séméiologie de l'anxiétépathologique, EMC Psychiatrie 37141, A10
13. Teodorescu R. (1999), Un model cognitiv al anxietății, În vol: Actualități în tulburările anxioase, pg:31-50. Sub red. R. Teodorescu. Ed. Cris
14. Predescu V. Ionescu G. (1989), Semiologia stărilor afective. În: Psihiatrie vol 1 subred. V. Predescu. Ed Medicală
15. Pelicier Y (1983), Séméiologie générale des états dépressifs, În: La maladie dépressive. CIBA pg.: 55
16. Van Praag H.M. (1975), Terapy resistant depression, Biochemical and Pharmacological consideration. Int. J. Psychiatr. Med pg. : 99-110
17. Marinescu D. (1997), Tratatamentul modern al schizofreniei și psihozelor afective, Colecția Hipocrate.
18. Rutter M., Shaffer D., Sturge C. (1975), A Guide to a Multiaxial Classification Scheme for Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence, Institute of Psychiatry London.
19. Thorley G. (1984) Hyperkinetic syndrome of childhood: Clinical characteristics, Brit. J. Psyhiatry - 144: 16-24
20. Milea Șt. (2009) Psihiatrie clinică și/sau administrativă, În vol: Orientări și perspective în gândirea psihiatrică românească actuală. Vol. III Sub redacția: G. Cornuțiu, D. Marinescu, Pg: 78-98
21. Milea Șt. (2009) Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) o formulare diagnostică imprecisă cu consecințe care nu pot fi minimalizate, Revista SNPCAR Vol 13. Nr 1pg: 9-16
22. Laufer M.W., Denhoff E., Solomons S. (1957), Hyperkinetic Impulse Disorders in Children`s
23. English G.S., Pearson G.H.J. (1937), In: Common Neuroses of Children and Adult W.W. Norton and Co. Inc. New York