



Psihopatologia tulburării maniaco depresive

Mircea Lăzărescu, Păltiniș, 2024

Psihopatologia s-a dezvoltat în sec XIX ca disciplină descriptivă, servind la constituirea semiologiei noii ramuri medicale a psihiatriei.

Din sec XX ea s-a înregimentat și printre ȘTIINȚELE ANTROPOLOGICE, care studiază specificul existenței umane, e.g. - cel psihismului persoanei, în raport cu cel animal.

Un impuls special în această direcție s-a realizat în sec XXI odată cu psihopatologia evoluționist (culturală).

Ne vom angaja pe această pistă, abordând psihopatologia **Tb.Bipolare (TBP)** - centrată de **sd maniacal** și cel al **depresiei majore**.

Actuala **Tb Bipolară (TBP)** din DSM-5 este urmașa directă a **Bolii Maniaco tulbură** centrul Nosologiei Psihiatrice, în calitate de **psihoză endogenă** împreună cu Schizofrenia (Demența Precoce Paranoidă).

Deoarece **BMD** a lui Kraepelin prelua, la rândul ei, tradiția anticei manii și melancoliei – modelate și metamorfozate de psihopatologia clinică în sec XIX - ,.....iar de la **BMD** a lui Kraepelin la actuala **TBP**, s-au mai produs o serie de metamorfoze în abordarea clinică.

.... e utilă și o scurtă privire asupra istoriei problemei.

Înainte de această incursiune istorică, câteva scurte precizări:

ABORDAREA TB BIPOLARE E PROVOCATOARE PENTRU O
PSIHOPATOLOGIE ANTROPOLOGICĂ deoarece:

- a/ Sindroamele ce o compun (**maniactal-SM** și **depresiv-SD**), derivă din grupul restrâns a celor mai vechi tb psihice, identificate acum 2500 ani
- b/ Este o patologie episodică, condiționată în esență **endogen**, care era plasată de Kraepelin printre **psihoze**
- c/ SM și SD au un tablou semiologic simetric polar...cu posibila tranziție directă a unuia în altul,...fapt ce sugerează derivarea lor din aceeași structură de fond a psihismului normal.
- d/ SM și a SD corespund caracteristicilor **externalizate** și **internalizate**, pe care psihopatologia le-a sesizat și la alte tb psihopatologice
- e/ Variantele temperamentale și ușoare ale SM și SD trimit spre derivarea lor din modele comportamentale normale și adaptative

ABORDAREA ANTROPOLOGICĂ A SD MANIACAL ȘI DEPRESIV va invoca sistematizarea psihopatologică EXTERNALIZAT / INTERNALIZAT, considerând că aceste sindroame..

... derivă din trăiri și comportamente situaționale normale și adaptative:

- Pe de o parte, din procese de investigare și realizare performativă, relaționare asertivă, creativitate, eforie sărbătorească...
- Pe de altă parte, din retragerea necesară refacerii și reorganizări psihice interioare.. de după eșecuri, înfrângeri, pierderi (doliu), culpă etc.

Faptul că EM și ED pot atinge - odată cu TBP - și orbita psihotiformă (chiar fără delir) -, reprezintă o provocare psihopatologică, ce merită analizată.

Polarizarea **externalizat – internalizat** a fost introdusă spre sfârșitul sec XX în sistematizarea tulburărilor psihice nepsihotice (Achenbach 1966, 1970, inițial în pedo-psihiatrie) propunându-se plasarea grupajelor simptomatologice categoriale între doi poli comportamentali:

- Cel **externalizat**, ce reflectă tendințe dezinhibat expansive.. spre asertivitate și conflicte cu lumea exterioară, cu comportamente insuficient controlate, impulsive („acting-out„), uneori agresive, explozive; dar și cu o conduită addictivă.

- Polul **internalizat**, în care pacientul se repliază și are probleme cu el însuși, cu afectivitate negativă și tensionat de a controla situațiile: stări inhibate, cu retragere socială, anxietate, depresie, cu hiper autocontrol situațional și comportamental.

Această sistematizare E/I e stimulativă pentru alte abordări psihopatologice decât cele pentru care a fost inițiată, în direcții de tranziție spre psihoză, precum:

- **Tb de P.Borderline**, cu a sa majoră instabilitate a raportărilor interpersonale excesive în arie intimă - nu publică -, cu atitudini polare între dominație și sumisiune extremă, impulsivitate hetero și autoagresivă și depersonalizare.

- **Polaritatea episoadelor de manie și depresie - cu manifestarea lor episodic-ciclică**- care plasează în plan secund relaționarea interpersonală și se detașează de problematica „situațiilor actuale,, (ale vieții cotidiene comunitare) printr-o:

- proiecție aberantă spre un viitor atote posibil în EM.. și
- printr-o ieșire din prezent cu repliere pe trecut în ED.

Derivarea acestora sd. dintr-o tradiție psihotică și manifestarea lor într-o arie de intersecție cu psihoza,

.. califică această cazuistică pentru studierea „condițiilor de posibilitate,, ale psihozei, pornind de la trăirea firească de către persoana identitară a a prezentului situațional.

Istoria Maniei și Melancoliei (Depresiei) începe - în cultura occidentală - prin **comentarea acestor tulburări în Corpusul Hipocratic în urmă cu aprox 2500 ani**, cu o simptomatologie aprox. similară cu cea actuală...dar indicându-se o cazuistică ce se întinde de la variante temperamentale..la cele delirante;...în plus, Melancolia includea și simptomatologia anxioasă (inclusiv paranoidă) iar Mania, variante euforice (sărbătorești),.. agresive și delirant megalomane.

Interpretarea era umoralistă, prin dezechilibrul celor patru umori.

E menționat și Aristorel, care comentează melancolici cu înaltă dotare intelectuală. La sfârșitul sec I d.Cr. informații avem de la Soranus din Efes și Areteus din Capadoccia...iar în sec II d.Ch. Galen sistematizează cunoștințele antichității.

Concepția antică s-a transmis pe filieră arabă, fiind **reluată în Renaștere și comentată ulterior**, la început cu aceeași interpretare umoralistă a Maniei și Melanholiei – dar și cu trimiteri la afectarea rațiunii și imaginației - descrise și considerate polare, cu posibilitatea trecerii uneia în alta (Willis).

Modelele cazuistice ale antichității se perpetuează – adăugându-se puține date observaționale –

...dar interpretarea migrează de la cea tradițional umoralistă spre particularitățile „nervilor ce asigură transmisia „*spiritelor animale*„

În sec XVIII se manifestă un interes crescut pentru hipocondrie – ca formă a melancoliei- dar care e comentată și ca „nevroză„ – alături de histerie.

Sec XIX este cel care va da naștere disciplinelor medicale clinice, între ca și psihiatriei, dezvoltându-se amplu acum psihopatologia descriptivă, pe baza studierii atente și îndelungate a pacienților internați pe perioade lungi în azile; și a ghidajului doctrinei facultăților psihice (inițial rațiunea și voința, ulterior și afectivitatea). Tradiționala Manie și Melancolie se transformă acum profund, apărând și facultatea afectivă, precum și noi termeni în psihopatologia clinică: halucinație, delir, paranoia, psihoză, depersonalizare, etc.

În acest context, tradiționala Manie și Melancolie s-au transformat profund în acest veac

Pe parcursul sec XIX, observându-se remisiuni spontane și reapariții (recăderi), ele au ajuns să fie considerate ca **episoade delimitate în timp, cu evoluție periodică.** –

- S-a reactualizat și studiat mai amănunțit trecerea din manie într-un episod opus (Melancolic), uneori direct...astfel încât s-a impus ideea unei „**boli unice cu o dublă formă,**

- Studiarea detaliată a evidențiat „**episoade „fără delir,**...delirul fiind definit acum ca o tulburare specifică și separată, ce se poate manifesta independent. (S-au introdus în sec XIX noi termeni ca: **halucinație, delir, paranoia, depersonalizare, psihoză, endogenie**).

- Tradiționala melancolie, studiată mai detaliat, a fost comentată ca o „**patologie afectivă, dispozițională**.... cu caracteristici specifice de inhibiție și deprimare, astfel încât denumirea s-a schimbat – inițial în *limpemie* – și apoi în *depresie*.

- În Germania Kahlbaum introduce termenul de **dystymie** (1863) care se referă explicit la perturbarea emoțiilor Mendel comentează (1881) episoadele **hipomaniacale** iar Kahlbaum (1882) **cyclotymia**.

La cumpăna dintre sec XIX și XX, Sistematica Nosologică Psihiatrică realizată de Kraepelin a reunit (1899, ed a 5-a a Tratatului său) în mega-categoria clinică a **Bolii Maniaco Depresive (BMD) un ansamblu de tulburări în care dominante erau **sindroamele psihotice ale EM și ED.****

.... caracterizate nu doar prin simptomatologia lor predominant „**afectivă**„, și calitatea lor **psihotică** (și în lipsa delirului)

...ci și printr-o specifică **modalitate evolutivă**: - debutul la vârsta adultă - tendința evolutivă prin **episoade circumscrise**, - cu tendință la **remisiune** (chiar spontană) și **recădere periodică** (eventual ciclicitate).

Au fost identificate și integrate în categoria BMD și cazuri cu **cicluri rapide, stări mixte și variante, ciclotimia, distimia, personalitate hipertimă**. Kraepelin a păstrat inițial termenul de melancolie pentru o variantă involutiv agitată a bolii, renunțând apoi la subdiviziune.

Această boală (BMD) a lui Kraepelin, în calitatea sa de psihoză endogenă, se plasa în centrul sistemului său nosologic, alături de o altă psihoză endogenă:

- Demența-paranoidă-precocă, o altă metacategorie nosologică, ce a fost redenumită în 1913 de către Bleuler **Schizofrenie**. Aceasta, se diferențiază de **BMD** nu doar printr-o distinctă simptomatologie, ci și prin: - debut la vârste tinere și evoluție „procesuală„ cu tendință la deteriorare (defect) psihic și social.

Circumscriere psihozelor endogene ale lui Kraepelin era deci clinico-evolutivă.

(În ultima ediție a Tratatului său -1921- a fost introdusă și o a treia clasă centrată de **Paranoia**, psihoză delirant halucinatorie prelungită, cu - debut la vârsta adultă și fără deteriorarea personalității (căreia i se adăuga **Parafrenia**, caracterizată prin „dublă contabilitate psihică,,).

Tulburarea Bipolară din DSM-III-R e moștenitoarea directă a BMD

Psihopatologia clinică din sec XX a rămas multă vreme dominată, mai ales în Europa, de **viziunea nosologică a psihozelor endogene a lui Kraepelin** centrată pe cuplul BMD-Schizofrenie; acceptându-se marginal și o cazuistică

a **Psihozelor scurte** (Bufeuri psihotice - cu debut rapid, evoluție cu simptomatologie oscilantă, durată scurtă cu remisiune, reapariție periodică); și

a **Psihozelor delirante persistente** (de model Paranoia, fără deteriorarea personalității). Schemă ce persistă în clasificarea din DSM-III-5.

-În plan secund, s-a menținut mult timp și interesul pentru perspectiva susținută de autori precum Wernike-Kleist-Leonhard, care pledau pentru multiplicitatea formelor clinico evolutive de psihoză endogenă,

atât în perspectivă simptomatologică (e.g. psihoze unipolar depresive și maniacale,..centrate pe psihomotricitate, motricității, pe cuplul anxietate/extaz, pe manifestări confuzive și de tb de vorbire); - cât și

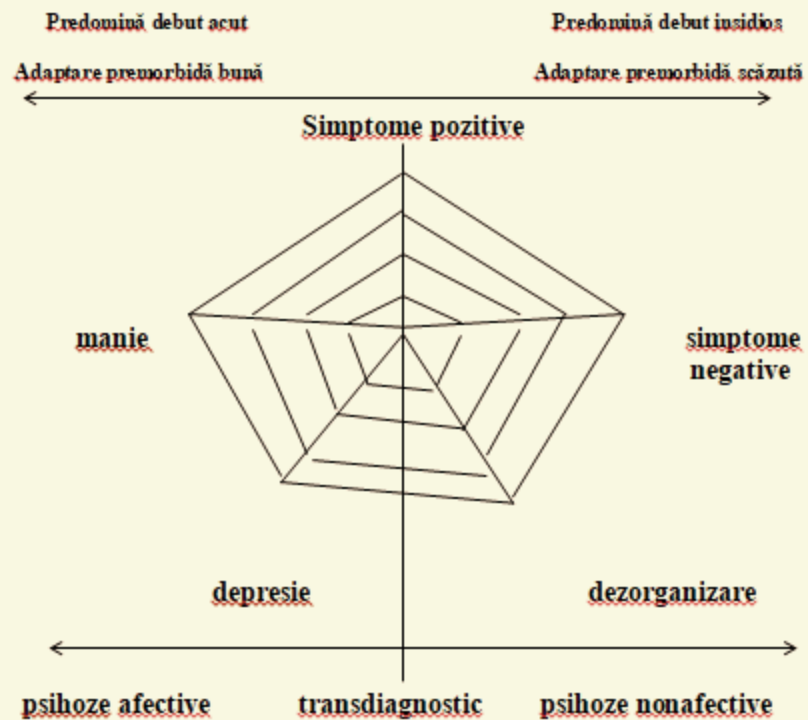
în perspectiva evoluției periodic-ciclice și a celei progrediente, „sistemizate

Această orientare a susținut varianta „**psihozelor cicloide**„...și din ea derivă decupajul **Depresiei unipolare** actuale.

La un alt pol, s-a menținut și tentația trimiterii la „**psihoza unică**„ (ce a fost intermitent susținută și în sec XIX). Aceasta a întreținut tema unei „orbite psihotiforme„ spre care se poate coborâ din diverse incidențe clinice. Precum și pe cea a continuumului dintre stările psihotice (e.g. episoade schizoafective, care în DSM-5 sunt incluse ca variante în clasa Tb Schizofrene)

-S-a avut în vedere și **problematica continuumului dintre psihoze (Schizofrenie și BMD) și normalitate**,

Conceptul de SPECTRUL PSIHOTIC a fost adoptat și în RDO (în cadrul studiilor NIMH) care propune un model cu 5 dimensiuni - Tamminga, 2021



ORBITA PSIHOTIFORMA

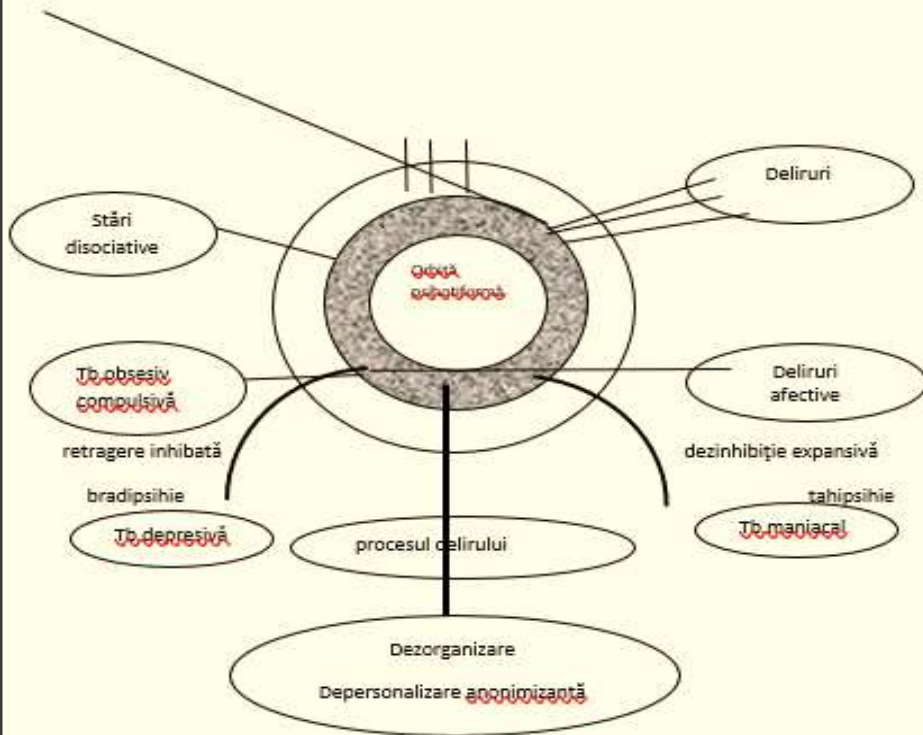
VIAȚA COTIDIANĂ

Personalitatea anormală

Reacție psihopatologică

Preocupări anxioase fobice

și prelevanțiale



Sistematizarea nosologică din DSM-III(1980)-5 2013) exprimă un construct teoretico-metodologic și o grilă de lectură convențională destinată statisticii și comunicării dintre specialiști. Unele aspecte tradiționale sunt reelaborate:

- **Nu mai acordă eticheta de „psihotic,, decât tb schizofrene si a celor ce prezintă simptomatoloa din cele 5 clase psihotice circumscrisă în acest capitol 3** (deci NU și episoadelor maniacale si depresive majore nedelirante..ca în BMD a lui Krapelin)

- Diferențiază d.p.d.v nosologic, în cadrul unei tb afectiv-dispoziționale, doua clase, prezentate succesiv: - **Tb bipolare** (ce implică și ep maniacale, plasată imediat după Tb Schizofrene); și, ulterior: - **Tb strict depressive**

- **Tb, Bipolară (TB)** din DSM-5 are ca subdiviziuni: - **TB I., TB II.și Tb ciclotimică**, la care se adaugă TB indusă de substanțe și medicamente, TB secundară unei afecțiuni medicale, Alte TB.

Baza acestei clasificări o reprezintă referința la manifestarea periodică – eventual ciclică - a unor **episoade dispozițional afective: EpM, Ep hipomaniacale, Ep depresive și Ep mixte variate ca intensitate și durată, care se succed.**

Pentru **episoadele maniacale și depresive majore (EM ED)** sunt menționați și specificatori: - 1/cu disconfort anxios, - 2/cu elemente mixte atât pt EM, Em, ED), 3/ cu cicluri rapide, -4/cu elemente melancolice, -5/cu elemente atipice (dispoziția reactivă, îngrășare, hipersomnie,, paralizie,,ca de plumb,,, sensibilitate la respingere), -6/ cu elemente psihotice, 7/cu catatonie, - 8/cu tipar sezonier.

- **TB I** ..constă din prezența unuia sau mai multe EM sau mixte, precedat sau urmat de mai multe EDM și/sau Em

- **TB II** ...constă din prezența cel puțin a unu EDM – și a unor Em clinice (nu a EM)...S-a discutat – în marginea DSM-5 – despre alte subvariante de TB III-IV etc, în care hipomania apare doar episodic, la finalul unui EDM...stimulată de unele terapii sau abuzuri de substanță...e prezent un temperament hipertim,.... și /sau toate aceste aspecte apar la rudenle de gradul I

- **Tb ciclotimă** constă din cel puțin doi ani în care s-au succedat mai multe Ep de hipomanie și depresie care nu a avut însă intensitatea EDM.

- **Tb Depresive constituie în DSM-5 un Cap. aparte,5/** centrat de **Tb Depresivă majoră**, ce e comentată ca episod (cu durată de minimul 2 săptămâni) dar și ca tb recurentă sau prelungită (până la 2 ani, după care e considerată cronică...); se cere să lipsească elementele de diagnostic a E M maniacal – deși se acceptă, ca specificatori stările mixte.

Tb distimică cu durată continuă peste 2 ani fără remisiuni, ce include un sd depresiv prelungit de diverse intensități (Se renunță la distincția din DSM-IV între Distimie ca tb mai ușoară – de modelul „nevrozei depresiv-anxioase,, și TDM prelungită, cronică); și astfel, la problematica endogenității. Episoadele depresive recurente pot fi prezente și în debutul tb bipolare... cu unele criterii de timp și context de spectru, ce rămân în discuție..

; ...În același cap. sunt incluse: - **Tb cu perturbare afectivă de tip disruptiv-agresiv** (între 12-18 ani); - **Tb Disforică premenstruală,- Tb Depresivă condiționată de consumul de substanțe și - cea condiționată de suferințe organice... - Tb depresivă nespecificată**

Interferența cu psihopatologia anxioasă e considerată importantă...și la fel cu patologia psihotică,,caz în care e mai frecventă și bipolaritatea

Sistemul nosologic a lui Kraepelin impunea noul termen de psihoză, ce s-a forjat pe parcursul sec XIX înlocuind toți termenii generici pentru „nebuie,,

Jaspers va caracteriza, încă din vremea lui Kraepelin, zona psihozei ca una a „incomprehensibilității. Tot din acea perioadă, s-a impus și o doctrină a continuumului psihoză-normalitate, prin concepția tipologică psiho-corporală a lui Kretschmer, care distingea:

Morfologie picnică corelată genetic cu BBP – cicloidie (ca psihopatie), ciclotimie-creatori specifici

Morfologie leptosomă corelată genetic specific Schizofreniei– Schizoidie– schizotipie – creatori specifici

Tipologie athletică – epilepsie- ixoidie- meticuloși- creatori

Problematika psihopatologică a psihozei, a tranziției și corelației ei cu normalitatea, a rămas și în prezent problematică. Psihopatologia tb Bipolare se plasează la acest nivel

Ne vom centra acum asupra **episoadelor (sindroamelor) maniacale (EM) și depresive (ED) - în principiu delimitate în timp, plasându-le pe fundalul lor psiho-antropologic specific.**

Așa cum s-a menționat, această perspectivă secvențial-episodică s-a degajat în sec XIX prin constatarea clinică a faptului că....

.....SM (sau SD) se instalează de la un moment dat „endogen„.....

.....durând o perioadă variabilă (cu diverse intensități, forme clinice simptomatice și comorbidități).

.....pentru a putea dispărea (uneori) spontan...cu remisiune psihică și socială chiar completă....

...dar cu tendință la reapariție periodică, uneori ciclică...inclusiv cu cicluri rapide.

Circumscrierea **episodică** a SM și SD, marchează și plasarea lor – d.p.d.v. al afectării psihismului persoanei – la un nivel intermediar între:

a/ INSTANȚA FUNDALULUI IDENTITAR, BIOGRAFICO-CARACTERIAL al persoanei (înrădăcinată în propriul corp și circumscrișă social)

b/ și INSTANȚA CIRCUNSTANȚIALĂ A RAPORTĂRILOR NEMIJLOCITE LA SITUAȚIILE ACTUALE, perceptiv activă...situații...

articulate și integrate în aria intermediară (a/b) a proiectelor, preocupărilor și relaționărilor, ce se desfășoară pe diverse durate existențiale...

..ancorate în lumea umană specifică a persoanei,..adică într-o instanță socio culturală.....bazată pe logos, norme, valori, și practici instituționalizate

.. .. la care participă rețele sociale...deschise spre transcendență

Faptul că aceste episoade durează o anumită perioadă de timp – după DSM-5, minimum 1 săptămână pt EM și minimul 2 săptămâni pt EDM -, sugerează și ea similitudinea lor cu secvențele sau parcursurile existențiale de bază, întrețesute, prin care se derulează ciclurile vieții unui om,...așa cum ar fi:

- realizarea unor proiecte...clarificarea unor probleme identitar-relaționale, confruntările competitive sau agresive, procesele relaționale, obținerea și afirmarea de competențe, participarea la ciclurile sociale, productive și culturale etc..

Iar întreagă această pulsație de episoade ritmice, e marcată de începuturi și finaluri, cu împliniri, succese, victorii, sărbători.. sau eșecuri, înfrângeri, pierderi perioade de reculegere și refacere. Episoadele psihopatologice maniacale și depresive se decantează din această țesătură a existenței psihice normale.

Deși EM și ED poate avea durate, modalități de exprimare, și comorbidități variate (mai ales dispoziționale)...deși ele pot trece direct unul în altul sau se pot prezenta cu simptome amestecate (forme mixte) -deși EM și ED pot avea variante psihotice diverse și variante nevrotice, caracteriale...de decompensare psiho socială sau reactiv comprehensive (mai ales cel depresiv).....

..comentariul psihoantropologic se poate purta comprehensiv doar pe modele standard, tipic ideale.

Vom apela la astfel de modele, pornind de la simptomatologia sintetizată în manualele de semiologie, în scalele de evaluare și la criteriile DSM-5,..

... pentru a degaja câte un profil psiho-antropologic formal comprehensibil, care să permită și comentariul derivării acestor stări din trăiri firești, normale, adaptative sau chiar creative.

Sindromul MANIACAL

Pentru acesta pot fi invocate - **Scala** de evaluare **Yang Mania Rating Scale** – în consens cu DSM-5 - propune itemii, predominant observabili:
1/ Dispoziție elevată, 2/ Activitate motorie crescută (și energie +), 3/ Interes sexual +, 4/Iritabilitate +, 5/ Vorbire (cantitativ) +. 6/ Curs al gândirii și vorbirii + (fugă de idei), 7/Conținutul vorbirii (necontrolat, coprolalic), 8/, Comportament disruptiv agresiv, 9/ Aspect specific (colorat..hiperexpresiv..mobil..) 10/ Lipsa criticii (insight -)

-**Scala Bech-Rafaelsen**:1/ Activitate (motorie)+, 2/ Activitate (verbală) +, 3 Fugă de idei, 4/ Vocea (intensitate crescută), 5/ Ostilitate +, Dispoziție pozitivă (optimism, euforie), 7/ Stimă de sine +, 8/ Contact social +, 9/ Somn redus (fără oboseală), 10/ Interes social +, 11/ Muncă, activitate +

Ambele scale remarcă creșterea agresivității, sub diverse forme

În DSM-5 definirea Episodului Maniacal în vederea unui diagnostic pozitiv pretinde: Prezența continuă, timp de peste o săptămână, a unor modificări psiho-comportamentale ce diferă de comportamentul uzual și perturbă încadrarea în viața comunitară necesitând internarea, caracterizate prin:

Două aspecte obligatorii: - Dispoziția (mood) elevată, expansivă sau iritabilă; și - O anormală și persistentă activitate orientată spre scop sau energie crescută.

Se adaugă, minimum 3 din următoarele 7 (4, dacă dispoziția e iritabilă): - stimă de sine crescută sau grandiozitate; - nevoie scăzută de somn (e.g. se trezește și nu mai readorme după 3 ore de somn.); - logoree (e mult mai vorbăreț decât de obicei sau simte nevoia de a vorbi); - Fuga de idei sau sentimentul subiectiv ca gândurile nu pot fi controlate;.. - Distractibilitate (e.g. atenția e ușor distrasă de stimuli externi irelevanți sau neimportanți.) observată sau relatată; - Creșterea activității orientate spre un scop (fie social, la munca sau la școală, sau sexuală) sau agitație psihomotorie (i.e. tendința spre activități nedirecționate spre un scop); - Implicare în activități cu mare potențial de consecințe nefavorabile (i.e. implicarea în cheltuieli excesive, indiscreții sexuale, investiții bănești aberante).

Atât scalele de evaluare cât și criteriile de diagnostic indică itemi ușor de identificat observațional...fără a oferi însă un contur..un profil formal a sindromului, în sensul de **a circumscrie specificitatea raportării actuale a persoanei care trăiește această stare la realitatea dată,.. la situația prezentă acum și aici.**

Circumscrierea EM ar pretinde un profi care să diferențieze starea psihică de în ansamblu a maniei, clar și pregnant, de ale modalități specifice de raportare dispozițională situațională, ca cea depresivă, agresiv, de relație maniacală etc.

O astfel de **caracterizare formală** e nu doar posibilă ci și necesară unei perspective sintetizatoare, specificul formal al raportării (de relație, depresivă, anxioasă..etc.) fiind cel careva sta la baza „simptomelor,, ce rezultă din afectarea diverselor funcții psihice, ca cea motivațional instinctivă, cognitivă, verbală ,motor comportamentală, relațională. Prezentăm o astfel de schemă;

Acest profil formal se menține în starea hipomaniacală, în cea maniacală sau în furorul maniacal – cu diverse durate -, în dispoziția de elafie a temperamentului hipertim (maniacal), în stările alterne și comorbidități.

Profilul se poate combina cu cele specifice perturbării altor dispoziții afectiv comportamentale – agresive, depresive anxioase.

Sursa acestei structuri formale ar putea fi căutată în comportamente adaptative și creatoare.

SINDROMUL DEPRESIV Același demers de invocare a unui model ideal se poate desfășura în direcția **SD, a depresiei majore** și a variatelor modalități prin care depresia se manifestă în psihopatologie. Dincolo de reprezentările intuitive, se poate face trimitere, de ex.la:

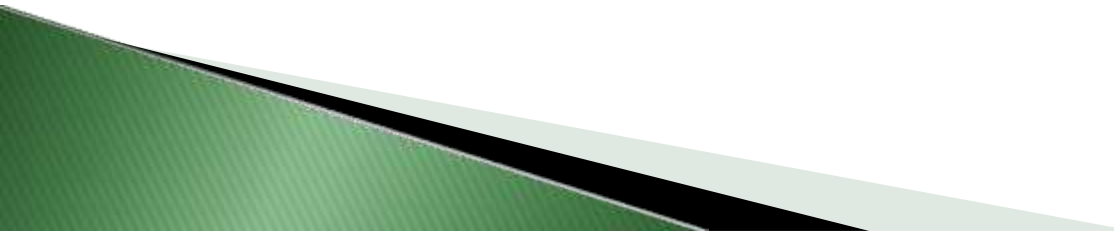
Scala de evaluare Hamilton (cu 24 itemi) invocă: 1/Dispoziție tristă, 2 /Idei de vinovăție, 3 /Idei de suicid, 4/ Insomnie vesperală, 5/ Insomnie la mijlocul nopții, 6/ Insomnie matinală, 7/ Dificultăți în muncă, 8/ Inhibiție în gândire, vorbire, 9/Agitație, 10/ Anxietate psihică, 11/ Anxietate somatică, 12. Simptome gastro intestinale, 13/ Simptome somatice generale, 14/ Simptome genitale, 15/ Hipocondrie, 16/ Pierderea în greutate, 17 Autocritica, 18/ Variații diurne, 19 Depersonalizare/derealizare, 20/Simptome paranoide, 21/ Simptome obsesiv compulsive, 22/ Neajutorare, 23/ Lipsă de speranță. 24/ Devalorizare (autodeprecieri)

În manualul de **diagnostic DSM-5**, pentru un diagnostic pozitiv a unui Episod de depresie majoră se cere: prezența continuă timp de cel puțin două săptămâni, a minimum 5 din următorii 9 itemi, obligatoriu fiind ca unul să fie dintre primii doi – care să exprime o evidentă modificare a felului de a fi anterior și să inducă suferință și disfuncție socială

Dispoziție depresivă aproape tot timpul; 2) Scăderea interesului pentru aproape toate activitățile...Următorii 7 sunt : - scăderea în greutate, - tulburarea de somn, - inhibiție psihomotorie (sau agitație), - anergie, - sentimentul lipsei de valoare sau vinovăție, - scăderea capacității de a gândi, - de a se concentra, - de a se decide, - gânduri recurente de moarte.

Dincolo de listele de simptome și definiții operaționale, o circumscrisoare formală a unui model de sd. depresiv, care să exprime specificitatea raportării – a poziționării atitudinale actuale – a subiectului în raport cu lumea, situația, alții. Ar cuprinde:

O inhibiție retractilă (centripetă), bradipsihică, anergică, cu autodevalorizare și indecizie, dispoziție afectivă negativă (tristă, mohorâtă), retragere socială, lipsă de speranță în viitor, dezinteres anhedonic față de prezent și repliere pe un trecut vinovat și pe propria corporalitate, cu ideație de negare și moarte, cu gânduri și acte suicidare.



Abordarea SM și SD ca modalități anormale ale trăirilor actuale, situaționale a persoanei identitare, **presupune o reprezentare cel puțin schematică a psihismului acesteia.**

O primă secvență ar putea fi cea care, reprezintă **axul identitar al persoanei** – inclusă în lumea ei specifică și în rețele sociale – **care se raportează activ la o situație actuală**;...ce în mod firesc e inclusă în variate proiecte și/sau preocupări ale sale, mai de durată, în relaționări și vizări(angajări) teoretice diverse.

Un aspect relativ important pt comentarea EM și ED ar fi sublinierea aspectului bazal, actual– nemijlocit al acestei raportări activ-perceptive, **în cadrul unui PREZENT ce are o anumită structură** – prin elementele situaționale în desfășurare, ce sunt percepute sau vizate în acțiune –; și **care „durează,, o perioadă de timp...până se încheie, de ex , rezolvarea situației date.**

Aceste minime precizări, ne pot sublinia de la început deformarea ce se produce prin:

- **proiecția maniacalului într-un viitor atot posibil, cu sprijin doar punctiform pe un prezent hedonic și dezinteres față de trecut...și**
 - **imposibilitatea de a mai concepe viitorul pe care o trăiește depresivul,...ce se retrage și din prezent, repliindu-se pe un trecut vinovat.**

Această distorsiune a axului trăirii temporale sugerează o cale prin care psihopatologia ne semnalează aspecte ale organizării trăirilor psihice – în cazul de față a perspectivei prezentului situațional trăit - fapt asupra căruia merită meditat.