

SIMONA TRIFU

BEATRICE POPESCU

(Coordonatori)

Vechi și nou
În semiologia psihiatrică



EDITURA UNIVERSITARĂ
București

Cuprins

Cuvânt înainte	9
Trifu Simona	
Anecforie.....	15
Bărbuică Teodor Marius	
Anestezie psihică dureroasă	18
Scrieciu Antonia-Francesca	
Anxietate psihotică	20
Rotărescu Ana-Elena	
Blackout alcoolic	24
Chicioara Diana	
Catatonie	29
Vasilache Ana-Maria	
Ciclotimie.....	31
Popescu Beatrice Alina	
Compulsie	37
Radu Alexia-Ana	
Confabulație	42
Roman Daria-Ioana	
Contratransferul	48
Cimpoca Diana Elena	
Criptomnezie.....	51
Mocanu Ștefania Bianca	
Disforie.....	56
Culcea Mihnea Alexander	
Distimie.....	59
Sava Alin Marius	
Ecmnezie	63
Matei Valentina	
Erotomanie	68
Mihalachi Bianca	

Forcludere	72
Enculeasa Andreea	
Gândire magică	76
Mogîldea Adelina	
Halucinații interoceptive	80
Robu Teodora	
Halucinații funcționale	84
Stîrcu Adina Ana-Maria	
Hiperbulie	86
Constantin Denisa-Cristina	
Ideație delirantă cosmogonică	88
Nedelea Rucsandra-Mihaela-Renata	
Idei delirante de relație	92
Moscu Andreea	
Ilogism	96
Cimpoieru Ana-Maria	
Iluzia sosiilor	99
Nedea Ioana Teodora	
Incontinență afectivă	101
Tofanciuc Valentina	
Interpretativitate delirantă	104
Popovici Bianca Diana	
Interpretativitate senzorială/ delirantă	106
Tâlmaciu Rebeca	
Inversiune afectivă	109
Radu Rareș Bogdan	
Narcisism	112
Anton Irina-Ruxandra	
Paramnezie de reduplicare (PICK)	119
Crăciun Andreea	
Prosopagnozie	123
Sofranu Andrei	
Petru Raluca	
Pseudohalucinație	129
Todiriță Andreea-Denisa	
Pulsiune suicidară	135
Grigore Florina Ana-Maria	

Reacția acută la un factor de stres	137
Cristescu Alessia	
Refulare/ Reprimare	140
Hotca Daria Ioana	
Sarcina fantomă	142
Ailenei Anda Oana	
Schizofrenie simplă	148
Chiriță Ioana-Emilia	
Senzitivism/ Suspiciozitate	151
Matei Alexia Iulia	
Sindromul de automatism mintal	153
Todiriță Andreea-Denisa	
Sindromul de burnout	158
Raicu Elena Nicoleta	
Sindromul Korsakoff	163
Chicioarea Diana	
Sinestezie.....	168
Oniceag Ruxandra Gabriela	
Stare crepusculară	171
Pîrvu Constantin Maria	
Trăiri de disoluție a eului	176
Bărăscu Miruna	
Trăsături antisociale	179
Matei Ingrid Elena	
Tulburarea de adaptare	181
Crăciun Alexia-Gabriela	
Xenopatie	185
Niță Rareș Mihai	
Referințe.....	187

Cuvânt înainte

(din partea coordonatorului volumului)

Semiologia psihiatrică reprezintă fundamentul oricărui demers clinic autentic în domeniul sănătății mintale. Ea nu este doar o enumerare de termeni sau o taxonomie a simptomelor, ci un limbaj riguros, prin care experiența subiectivă a pacientului poate fi observată, înțeleasă, descrisă și comunicată, cu acuratețe, între specialiști. Volumul de față se înscrie în această tradiție esențială a psihiatriei descriptive și fenomenologice, aducând în prim-plan concepte care, deși uneori considerate rare, arhaice sau insuficient valorizate în exprimările contemporane, rămân de o importanță clinică majoră.

Textele reunite în această lucrare ilustrează complexitatea vieții psihice și diversitatea modalităților prin care suferința mintală se exprimă. De la fenomene mnezice subtile, precum anecforia sau criptomnezia, la trăiri afective profunde, cum sunt anestezia psihică dureroasă ori anxietatea psihotică, de la sindroame psihomotorii precum catatonie, până la manifestări dispoziționale cronice sau instabilități temperamentale-afective, fiecare **concept** descris contribuie la conturarea unei hărți nuanțate a psihopatologiei. Această cartografiere este indispensabilă pentru orice clinician care dorește să depășească abordările reductive și să se apropie cu discernământ de realitatea psihică a pacientului.

Pentru tinerii specialiști – medici rezidenți în psihiatrie, psihologi clinicieni sau psihoterapeuți aflați la început de drum – înțelegerea corectă a fiecărui concept semiologic nu este un exercițiu pur teoretic, ci o condiție a practicii responsabile. Utilizarea imprecisă a termenilor, confuzia dintre fenomene înrudite sau aplicarea mecanică a etichetelor diagnostice pot conduce la erori de evaluare, la intervenții inadecvate și, în cele din urmă, la o ruptură a alianței terapeutice. În schimb, stăpânirea limbajului semiologic permite formularea unor observații clinice fine, facilitează diagnosticul diferențial și susține decizii terapeutice adaptate fiecărui caz în parte.

Un alt merit esențial al acestui volum constă în promovarea unui limbaj comun de comunicare între specialiști. Psihiatria și psihologia clinică sunt

domenii profund interdisciplinare, în care colaborarea dintre medici psihiatri, medici de familie sau medici de alte specialități, psihologi clinicieni, psihoterapeuți, asistenți sociali și alți profesioniști este vitală. Fără o bază terminologică împărtășită, dialogul profesional riscă să devină fragmentat sau ambiguu. Prin rigoarea conceptuală și prin raportarea constantă la literatura de specialitate, **conceptele** incluse și analizate aici contribuie la consolidarea acestui limbaj comun, indispensabil în practica clinică, dar și în cercetarea și formarea academică.

În același timp, volumul oferă o punte între tradiția psihopatologiei clasice și abordările contemporane, integrând perspective fenomenologice, psihodinamice, cognitive și neurobiologice. Această pluralitate teoretică reflectă realitatea clinică actuală, în care niciun cadru explicativ singular nu este suficient pentru a surprinde întreaga complexitate a suferinței psihice. Prin urmare, cititorul este invitat nu să memorizeze definiții, ci să dezvolte o gândire clinică flexibilă, critică și empatică.

Această carte *mini-dicționar* se dorește a fi mai mult decât un exercițiu academic. Ea este o invitație la finețe observațională, la respect față de experiența subiectivă a pacientului și la responsabilitate profesională. Înțelegerea corectă și utilizarea riguroasă a semiologiei psihiatrice reprezintă un pas esențial spre o practică clinică matură, în care diagnosticul nu este o etichetă grăbită, ci rezultatul unei întâlniri autentice între știință, limbaj și umanitate.

În continuarea acestor considerații, se cuvine subliniat că **selecția conceptelor abordate în acest volum nu este una întâmplătoare**, nici arbitrară, și cu atât mai puțin dictată de un simplu interes teoretic. Dimpotrivă, ele au fost alese tocmai pentru că se numără printre **cele mai dificil de înțeles, de recunoscut și de utilizat corect de către tânăra generație de specialiști**, aflați la intersecția dintre tradiția psihopatologiei clasice și limbajul contemporan al manualelor de diagnostic.

Multe dintre aceste concepte aparțin unei **semiologii psihiatrice profunde**, construite într-o epocă în care observația clinică, descrierea fenomenologică și finețea limbajului aveau un rol central. Astăzi, ele riscă să fie abandonate sau să fie utilizate impropriu, nu pentru că și-ar fi pierdut relevanța clinică, ci pentru că **nu mai există un cadru terminologic unitar, care să traducă vechea psihopatologie în limbajul actual**. Absența unui *dicționar* coerent care să pună în corespondență terminologia clasică cu cea modernă creează un vid conceptual, în care noțiuni extrem de valoroase devin greu accesibile sau sunt reduse la simple curiozități istorice.

Pentru tinerii medici rezidenți în psihiatrie și pentru psihologii clinicieni, această situație generează o dificultate suplimentară: ei sunt formați într-un sistem care privilegiază clasificarea, criteriile operaționale și etichetele diagnostice, dar care oferă mai puțin spațiu pentru înțelegerea nuanțată a experienței subiective. Concepte precum: anecforia, confabulația, pseudo-halucinația, anestezia psihică dureroasă sau gândirea magică nu se regăsesc explicit în ghidurile moderne sau sunt menționate marginal, fără explicații fenomenologice suficiente. În lipsa unei „traduceri” conceptuale, tânărul clinician poate ajunge fie să le ignore, fie să le confunde cu fenomene înrudite, pierzând astfel informații clinice esențiale.

Tocmai de aceea, acest volum își asumă un rol formativ suplimentar: acela de **mediator între generații de limbaj psihiatric**. Prin analiza atentă a acestor **concepte** și prin contextualizarea lor clinică și teoretică, lucrarea oferă un cadru în care vechea terminologie poate fi înțeleasă, reinterpretată și utilizată în dialog cu limbajul actual. Nu este vorba despre o opoziție între „vechi” și „nou”, ci despre o continuitate necesară, fără de care practica clinică riscă să devină săracă în semnificații și rigidă în interpretări.

În acest sens, **dificultatea acestor concepte** nu trebuie percepută ca un obstacol, ci ca o **provocare intelectuală și profesională**. Ele solicită un efort de gândire, de reflecție și de rafinare a observației clinice, dar oferă, în schimb, o înțelegere mult mai profundă a suferinței psihice. Pentru tânără generație, familiarizarea cu aceste noțiuni reprezintă un pas esențial în formarea unei gândiri clinice mature, capabile să depășească simpla aplicare a criteriilor diagnostice și să se apropie autentic de pacient.

Astfel, alegerea acestor teme reflectă nu doar complexitatea lor teoretică, ci și **necesitatea urgentă de a le recupera și integra în practica actuală**, într-un limbaj care să permită comunicarea echivalentă între specialiști. În absența acestui efort, riscul este ca psihiatria și psihologia clinică să piardă tocmai acele instrumente conceptuale care le permit să surprindă subtilitatea, ambiguitatea și profunzimea experienței umane. Acest volum se dorește, așadar, un demers de clarificare, de punte și de continuitate, menit să sprijine tinerii specialiști în navigarea unui teritoriu clinic complex, dar esențial pentru o practică responsabilă și umană.

În acest context, devine cu atât mai evidentă importanța **rolului coordonatorului** în procesul de formare și transmitere a cunoașterii psihopatologice. În zilele noastre, coordonarea unui volum de semiologie psihiatrică nu mai poate fi concepută ca un act unilateral de autoritate academică, ci ca un **proces de mediere intelectuală**, în care coordonatorul are responsabilitatea de a implica activ clinicieni tineri în actul de gândire,

conceptualizare și redactare. Această implicare nu reprezintă doar o strategie pedagogică, ci o necesitate epistemologică, fără de care limbajul clinic riscă să rămână rupt de realitatea generațiilor aflate în formare.

Mintea coordonatorului îndeplinește, în acest sens, o funcție esențială de **organizare, filtrare și traducere conceptuală**. Ea trebuie să fie suficient de ancorată în tradiția psihopatologiei clasice pentru a recunoaște valoarea conceptelor fundamentale, dar și suficient de deschisă pentru a înțelege modul în care acestea sunt percepute, reinterpretate sau chiar respinse de tinerii clinicieni. Coordonatorul nu este doar un garant al rigorii științifice, ci un arhitect al dialogului dintre generații, capabil să creeze un spațiu intelectual în care vechiul și noul să se întâlnească fără a se anula reciproc.

Implicarea activă a clinicienilor tineri în elaborarea unui astfel de volum are un dublu rol. Pe de o parte, ea favorizează **internalizarea profundă a conceptelor**, pentru că tânărul specialist nu mai este un simplu receptor al cunoașterii, ci devine coautor al ei. Procesul de scriere obligă la clarificare, la nuanțare și la asumarea unui limbaj precis, transformând învățarea pasivă într-o experiență reflexivă. Pe de altă parte, această implicare permite coordonatorului să identifice zonele de opacitate conceptuală, confuziile terminologice și nevoile reale de clarificare ale noii generații, ajustând, astfel, discursul teoretic la nivelul de înțelegere actual.

Funcția minții coordonatorului este, în acest cadru, una de **reglare fină**. El trebuie să știe când să intervină pentru a corecta o deviație conceptuală și când să permită explorarea, chiar riscantă, a unui concept dificil. Această capacitate de a menține echilibrul între rigoare și libertate intelectuală definește coordonatorul autentic, care nu impune dogme, ci modelează gândirea clinică prin exemplu, dialog și exigență argumentată.

Mai mult, coordonatorul are rolul de a asigura **coerența limbajului** într-un context în care pluralitatea vocilor poate conduce ușor la fragmentare. Mintea sa trebuie să funcționeze ca un centru de gravitație conceptuală, capabil să armonizeze perspective diferite și să le integreze într-un discurs unitar. Această funcție este cu atât mai importantă într-un domeniu precum semiologia psihiatrică, unde imprecizia terminologică poate avea consecințe directe asupra actului clinic.

În cele din urmă, implicarea tinerilor clinicieni în redactare reprezintă și o formă de **transmitere responsabilă a moștenirii profesionale**. Coordonatorul devine astfel nu doar un editor sau un supervisor, ci un mentor al gândirii clinice, care își asumă formarea unei generații capabile să continue, să nuanțeze și să dezvolte limbajul psihopatologic. Mintea coordonatorului

nu este doar un depozitar de cunoștințe, ci un spațiu viu de reflecție, capabil să inspire, să structureze și să dea sens unui demers colectiv, orientat spre înțelegerea profundă a suferinței psihice și spre comunicarea autentică între specialiști.

conf. univ. habil. dr. Simona Trifu

Departamentul de Neuroștiințe, UMF „Carol Davila” București

Anecforie

Bărbuică Teodor Marius

Memoria umană este adesea percepută ca un proces voluntar, prin care ne aducem în mod intenționat aminte experiențele trecute. Totuși, nu toate amintirile sunt accesate în mod conștient sau controlat. Uneori, în absența unui efort deliberat, o imagine, un sunet sau o emoție declanșează reparația bruscă a unui conținut uitat sau aparent inaccesibil. Acest fenomen poartă numele de **anecforie**. În termeni simpli, anecforia desemnează **revenirea spontană a unei amintiri care părea pierdută**, fără ca persoana să o caute activ (Tudose, 2007). În paginile următoare, vom explora natura și semnificația anecforiei, modul în care ea se manifestă, precum și implicațiile sale din perspectivă psihologică.

Termenul *anecforie* este rareori folosit în literatura științifică internațională curentă, însă apare în descrierile clinice din tradiția europeană, mai ales în contextul psihopatologiei descriptive. Aici, el desemnează reparația spontană a unei amintiri uitate, declanșată de un excitant: o întrebare, un obiect, un sunet sau o imagine, fără ca subiectul să urmărească în mod conștient accesarea acelei amintiri (Rousseau & Kashur, 2021). Spre exemplu, un pacient aflat într-o stare emoțională stabilă, poate fi întrebat, aparent inocent, „Ai copii?”, iar în acel moment el să înceapă să plângă, începând să povestească despre decesul unui copil, experiență despre care nu mai vorbise până atunci. Amintirea nu era pierdută, ci **reprimată sau inaccesibilă prin mecanismele voluntare ale memoriei**. Anecforia apare, astfel, ca o fisură afectivă, prin care un conținut afectiv puternic, dar refuzat, al conștiinței reușește să se exprime.

Un alt exemplu apare la pacienții vârstnici, care par să fi uitat cu desăvârșire un episod din tinerețe, dar, la vederea unei fotografii vechi sau la ascultarea unei melodii specifice perioadei respective, încep să relateze spontan întâmplări detaliate, altminteri inaccesibile. Asemenea declanșatori pot fi auditivi, olfactivi sau chiar tactili, cum ar fi atingerea unui material care amintește de hainele purtate într-un moment afectiv semnificativ. De asemenea, terapeuții observă frecvent, la persoanele traumatizate, că o simplă schimbare de ton sau de postură din partea interlocutorului poate

readuce în prim-plan imagini sau senzații corporale asociate abuzului sau fricii (B. L. Schwartz & Metcalfe, 2025).

Asemănător altor fenomene de reactivare involuntară a memoriei, cum ar fi *flashback*-urile sau asocierile spontane, anecforia implică un nucleu emoțional puternic în jurul unei trăiri marcante, aceasta fiind trăsătura care o diferențiază de simpla rememorare contextuală sau de recunoaștere pasivă. Așadar, ceea ce face anecforia relevantă clinic este faptul că ea indică o zonă de **fragilitate psihică**, o rană deschisă, adesea inconștientă, care se manifestă comportamental prin reacții disproporționate sau inexplicabile față de stimulul exterior declanșator.

Din punct de vedere psihodinamic, anecforia poate fi înțeleasă ca efect al reprimării, mecanism de apărare descris de Freud, prin care amintirile traumatice sunt excluse din câmpul conștiinței pentru a proteja eul de durere. Cu toate acestea, conținuturile reprimite nu sunt anulate, ci păstrate într-un registru latent, unde continuă să-și exercite influența asupra comportamentului și dispoziției afective. În condiții favorabile, aceste conținuturi pot reveni la suprafață prin declanșatori simbolici sau senzoriali. Anecforia este, în acest sens, o evocare involuntară de material inconștient, însă, spre deosebire de actul de rememorare voluntară, este insesizabilă în mod anticipativ și, adesea, incontrolabilă.

În ceea ce privește **caracterul neuropsihologic**, evocarea spontană poate fi asociată cu funcționarea amigdalei, implicată în procesarea emoțională și a hipocampului, responsabil pentru consolidarea memoriei episodice. Chiar dacă traseele neuronale de reamintire voluntară sunt inactice sau inhibate, activarea unui nod emoțional poate stimula părți din rețeaua neuronală care stochează memoria asociată, determinând reparația acesteia. Astfel, anecforia demonstrează caracterul asociativ al memoriei: uneori, accesul la un „tot” psihic se face printr-un detaliu accidental. Mai mult, studiile recente din neuropsihologia traumei arată că, în tulburările de stres posttraumatic, reactivarea involuntară a unui fragment traumatizant, ca urmare a unui stimul senzorial, este mecanismul central al simptomului de tip *flashback*. Deși *flashback*ul este mai intens și complet decât o anecforie, cele două fenomene aparțin aceluiași spectru, unde încărcătura emoțională joacă un rol major în facilitarea accesului la un conținut refulat (B. L. Schwartz & Metcalfe, 2025).

Anecforia apare **frecvent în cadrul tulburărilor afective, mai ales în depresie**, unde pacientul prezintă adesea o hiperamnezie afectivă față de evenimente negative. Paradoxal, deși multe amintiri traumatice par uitate, ele sunt, de fapt, inaccesibile la nivel conștient, dar active emoțional. Un

stimul accidental poate declanșa un episod de evocare dureroasă, adesea acompaniat de reacții vegetative sau expresive intense: plâns, tăcere, retragere. Aceste momente de descărcare emoțională pot fi interpretate ca semnale ale unui conținut afectiv neintegrat. **Terapia**, mai ales cea cu orientare psihodinamică sau analitică, poate fi folosită în aceste momente pentru a accesa și procesa trauma. Anecforia devine, astfel, un canal prin care materialul refulat începe să se simbolizeze, trecând de la trăire brută la planul narativ. De asemenea, în psihoterapia umanistă sau experiențială, aceste evocări sunt valorizate ca momente de autenticitate emoțională, indici ale unei nevoi profunde de exprimare. Uneori, evocarea unei amintiri uitate este primul pas spre reconectarea pacientului cu o parte rănită din sine, iar integrarea acesteia poate duce la vindecare simbolică și echilibru interior (Metcalf & Dunlosky, 2008).

Concluzie

Această manifestare spontană a unei amintiri aparent uitate reflectă, în esență, vulnerabilitatea memoriei umane în fața emoțiilor. Anecforia nu are nevoie de un cadru terapeutic pentru a se produce, ea poate apărea oriunde și oricând: într-o conversație banală, în fața unui obiect din trecut sau la auzul unei melodii vechi. Reacția care o însoțește este adesea disproporționată în raport cu stimulul, dar coerentă în raport cu conținutul psihic pe care îl reactivează.

Anecforia este, așadar, mai mult decât o simplă reamintire, ea este o intersecție între memorie, emoție și inconștient, între fragmente de viață și starea afectivă prezentă. În unele cazuri, această reparație poate fi înțeleasă ca o formă de auto-semnalizare a unei traume nerezolvate, în altele, ca o reconectare firească cu părți semnificative ale identității personale. Indiferent de context, anecforia demonstrează că memoria afectivă rămâne activă și influentă, chiar și atunci când conținuturile sale par inaccesibile sau uitate.

Anestezie psihică dureroasă

Scrieciu Antonia-Francesca

Conceptul de anestezie psihică dureroasă își are originea în psihiatria franceză a secolului XIX (în franceză “*anesthésie psychique douloureuse*” sau “*anesthésie affective douloureuse*”), însă autorul ce l-a introdus pentru prima dată rămâne neclar. Acesta a fost descris inițial ca un simptom al melancoliei, definită ca “o stare de tristețe patologică” (Roubinovitch, 1897, pp. 28), actual diagnosticul intrând în sfera tulburărilor depresive.

Simptomul la care autorii făceau anterior referire ca anestezie psihică se regăsește astăzi în manualele de psihopatologie ca anhedonie. Anhedonia este un simptom clinic definit ca o lipsă de satisfacție sau motivație de a se implica în activități plăcute și este asociat cu răspuns diminuat la tratament și cu ideea suicidară (Pisoni et al., 2021). Anestezia psihică era văzută ca o stare de anhedonie profundă, ce joacă un rol important în formarea delirului. Aceasta era descrisă ca o stare în care percepțiile senzoriale și ideile își pierd orice fel de semnificație pentru individ, acesta rămânând indiferent față de orice îi provoca înainte plăcere sau durere. (Jaspers, 1963). Roubinovitch (1897) considera că această trăire apare în momentul în care suferința psihologică cronică își atinge pragul maxim (Roubinovitch, 1897).

În concepția lui Roubinovitch (1897), această senzație că ai „pierdut capacitatea de a simți” este o stare ce trezește o durere profundă, precum și un sentiment de vinovăție extrem, ce duceau la credința că lumea din jurul individului a dispărut, că acesta nu mai este o ființă umană sau că este blestemat, simptome descrise la finalul secolului XIX în conceptualizarea melancoliei delirante. Durerea ce apare în această situație este paradoxală: individul se plânge că nu se poate bucura sau întrista ca înainte, își reproșează că nu mai poate iubi, că propriile sentimente sunt „tocite” (Ey et al., 2010). Spre deosebire de cazurile de doliu sau pierdere, în care individul își păstrează interesul și plăcerea față de activități, tristețea resimțită în melancolie (depresie) duce la o pierdere a capacității de a trăi senzațiile ce pot distra individul de la propria suferință, el se simte separat de lumea exterioară, incapabil să iubească, să experimenteze emoții pozitive, nimic din jur nu îl mai impresionează. În anumite cazuri, suferința cauzată de incapacitatea de a simți, “suferința ca nu poate suferi” poate duce la

convingerea că individul este un “monstru” ce a pierdut capacitatea de a simți ca un om (Kendler & Justis, 2024). Anxietatea psihică dureroasă poate apărea în depresii, în anumite tulburări de personalitate și în schizofrenie (Jaspers, 1963).

Anestezia psihică dureroasă nu este un simptom recunoscut actual la nivel clinic în manualele de psihiatrie și psihopatologie. Acesta poate fi interpretat ca o combinație între simptomele specifice depresiei: suferința psihologică și anhedonia sau lipsa plăcerii (criteriile A1 și A2 ale Tulburării Depresive Majore, conform DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). Cu toate acestea, este imperativ să recunoaștem importanța fenomenului și implicațiile sale. Manifestările tulburărilor psihice pot fi foarte variate. Anestezia psihică dureroasă poate fi uneori dificil de identificat, datorită naturii sale paradoxale: pierderea sentimentelor și a interesului pentru activități este trăită dureros; cu toate că individul relatează o incapacitate de a simți, acesta suferă profund pentru pierderea sa. Cu toate acestea, frica pe care pacienții relatează că nu o simt poate să fie identificată prin modalități obiective la nivelul simptomelor corporale (Jaspers, 1963). Anestezia psihică dureroasă este mai mult decât anhedonia, fiind trăită mai intens și mai specific decât simpla lipsă a plăcerii, dar și datorită caracterului său „dureros”: suferința datorată pierderii. De asemenea, conceptul a reprezentat în istoria psihiatriei un punct de plecare pentru descoperirea și aprofundarea anumitor tulburări psihice, precum depresia și sindromul Cotard, dar și a cauzelor și a metodelor de intervenție în cazul acestora (Kendler & Justis, 2024).

Așadar, anestezia psihică dureroasă este un concept esențial pentru înțelegerea suferinței în plan afectiv a persoanelor cu tulburări psihiatrice, precum depresia sau schizofrenia. Aceasta se manifestă ca o durere profundă pe care pacientul o trăiește datorită incapacității sale de a simți emoții pozitive sau negative sau de a manifesta interes față de activitățile ce îi făceau anterior plăcere, diferențiindu-se de o simplă anhedonie. Deși nu reprezintă un criteriu de diagnostic al vreunei tulburări, păstrarea conceptului în reflecția psihiatrică ne poate ajuta să ne apropiem mai mult de experiența subiectivă a pacientului și de a îl înțelege mai profund.

Anxietate psihotică

Rotărescu Ana-Elena

Întâlnirea unei singure tulburări la o persoană este mai degrabă excepția decât regula, deseori prezența unei tulburări vulnerabilizând persoana, fiind astfel posibilă apariția unor tulburări comorbide. Tulburările psihotice, categorie în care se regăsește și schizofrenia, poate fi întâlnită alături de tulburări de personalitate precum tulburarea de personalitate schizotipală sau paranoică, de tulburarea de consum de substanțe sau de tulburări de internalizare, precum depresie sau anxietate (American Psychiatric Association, 2022). Fiind vulnerabile la experiențe stresante, persoanele cu tulburări din spectrul schizofreniei pot manifesta simptome intense de anxietate (American Psychiatric Association, 2022). Astfel, frica de dezintegrare a propriului eu, întâlnită în unele scrieri drept anxietate psihotică, poate reprezenta un motor al ostilității la care pacientul recurge, în încercarea neobosită de a se apăra. Acest concept va fi descris în cele ce urmează, fiind prezentate succint diverse perspective care să furnizeze claritate în înțelegerea lui.

Tulburările anxioase sunt caracterizate de prezența unor niveluri intense de frică și anxietate. În timp ce frica este asociată cu o creștere a stimulării vegetative, ca urmare a necesității de a oferi un răspuns imediat unui stimul din realitatea externă prin declanșarea reacțiilor de luptă sau fugă, anxietatea reprezintă o stare raportată la un potențial pericol (American Psychiatric Association, 2022). Aceasta este strâns legată de vigilență sau de comportamentele de evitare, ambele servind la pregătirea individului pentru o posibilă situație riscantă sau pentru eschivarea de la aceasta. Deși frica și anxietatea sunt elemente normale, ce mobilizează organismul uman, ele devin constrângeri în momentul în care capătă un caracter excesiv și persistent (American Psychiatric Association, 2022). De aceea, diagnosticul clinic este furnizat fiind luate în evidență considerentele temporale și culturale ale persoanelor examinate.

În mod asemănător este formulat și diagnosticul pentru tulburările psihotice, ele reprezentând un grup în care persoana afectată are manifestări ale căror frecvență și intensitate deviază de la norma culturală specificată. Astfel de manifestări pot include simptome pozitive, ce reflectă amplificarea