SIMONA TRIFU **BEATRICE POPESCU**

(Coordonatori)

Vechi și *nou* în semiologia psihiatrică

Vol. II

EDITURA UNIVERSITARĂ
Bucureşti

Cuprins

Semiologia psihiatrică – rigoarea cuvântului, finețea diagnosticului și memoria unei școli **9**
Alexitimie **19**
Moroianu Ana-Maria
Ambivalența afectivă *versus* inversiunea afectivă **27**
Coman Alexandra
Amnezia disociativă *versus* fuga disociativă **32**
Nicoară Melania Elena
Angoasă *versus* anxietate **42**
Bodnariuc Jana
Anhedonie *versus* atimie **52**
Balaban Bianca-Nicoleta
Apatie *versus* abulie **63**
Moraru Catinca
Autism *versus* schizofrenie **76**
Popescu Taisia
Catatonia pernicioasă **82**
Stoenescu Daniela
Cenestopatiile Dupré **93**
Samson Nicoleta Iuliana
Conversie *versus* somatizare **100**
Braniște Ileana
Déjà vu, Déjà connu *versus* Jamais vu, Jamais connu **110**
Rădoi Simona Andreea
Delirul melancolic **124**
Sârghie Ana-Delia
Delirul senzitiv de relație **134**
Marin Denisa-Elena
Depresia stuporoasă **144**
Livezeanu Cătălina-Alexandra
Derealizare și depersonalizare **149**
Mihăilă Francesca Andreea
Dispersie semantică *versus* disoluție semantică **155**
Irimia Alexandra
Fabulație *versus* confabulație **166**
Baciu Ruxandra-Maria

Fading mintal *versus* baraj ideo-verbal **174**
Dobrin Elena-Maria
Fetișism **180**
Drăgulin Andreea-Denisa
Fobie socială *versus* agorafobie **188**
Bîlea Octavian Sebastian
Folie à deux **197**
Popescu Beatrice
Glosolalie *versus* jargonofazie **209**
Vrînceanu Elena-Lăcrămioara
Grafomanie delirantă *versus* grafomanie obsesivă **216**
Vrînceanu Elena-Lăcrămioara
Halucinații viscerale *versus* halucinații autoscopice **224**
Benczedi Roxana Anamaria
Halucinoze *versus* halucinoide *versus* halucinații funcționale **232**
Mocanu Ștefania Bianca
Hebefrenie **246**
Maradin David-Andrei
Hiperkinezie **254**
Soricu Ioana-Bianca
Ideație macromaniacă *versus* ideație micromaniacă **261**
Simion Mădălina Elena
Idei delirante **268**
Diaconu Carla-Ioana
Iluzia sosiilor *versus* sindromul Capgras **274**
Prundaru Elena Andrada
Isteria de intensitate nevrotică **279**
Epureanu Sofia
Mentism hipermnezic **287**
Maholea Theodora-Georgiana
Metamorfopsie **295**
Sasu Bianca-Maria
Mitomanie **303**
Badea Nicoleta
Negativism **312**
Burnei Larisa-Maria
Neologismele active și pasive *versus* neografismele **320**
Marinescu Cristina Antonia
Obsesiv-compulsiv *versus* psihasten *versus* anankast **329**
Drăguț Alexia-Gabriela
Raptus melancolic **336**
Bîrlan Teodor Ștefan

Regresie infantilă **343**
Lupu Adina
Salt între real și metaforic *versus* sărăcire ideo-afectivă **351**
Nistoran Sara-Nicole
Sindromul Capgras *versus* Iluzia Frégoli **364**
Popescu Beatrice
Sindromul Charles-Bonnet **372**
Grigore Florina Alexandra
Sindromul Munchausen **380**
Raicu Elena-Nicoleta
Sindromul paranoiac **391**
Todică Daria-Cristiana
Sindromul presuicidar **401**
Lăcrămioara Vidru
Siționofobia **409**
Crăsnea Ștefania Emilia
Starea amentivă **418**
Bizon Bianca Adriana
Stereotipii verbale *versus* ecolalie **426**
Mocanu Ștefania Bianca
Tangențialitate *versus* circumstanțialitate **438**
Moldoveanu Cristian
Ticuri *versus* stereotipii *versus* manierisme **447**
Roșu Alexandra-Ioana
Referințe **453**

Semiologia psihiatrică – rigoarea cuvântului, finețea diagnosticului și memoria unei școli

În medicină, înaintea diagnosticului există **semnul**. Înaintea tratamentului există **observația**. Iar înainte ca o suferință să poată fi așezată într-o categorie nosologică, ea trebuie văzută, ascultată, descrisă și numită. Aceasta este, în fond, **misiunea semiologiei**: să transforme realitatea aparent dezordonată a suferinței într-un limbaj clinic inteligibil, fără a-i distruge complexitatea.

În toate ramurile medicinei, semiologia reprezintă una dintre structurile de rezistență ale gândirii clinice. Cardiologul distinge caracterul unei dureri, neurologul observă topografia unui deficit, pneumologul ascultă nu doar existența, ci și timbrul unui zgomot respirator. O diferență aparent infimă poate deplasa raționamentul de la o ipoteză diagnostică la alta. Analizele de laborator și tehnologiile imagistice au amplificat enorm puterea medicinei, dar ele nu au anulat semiologia: au făcut-o mai complexă, obligând clinicianul să integreze semnul, simptomul, contextul și rezultatul paraclinic.

În psihiatrie, această exigență devine și mai evidentă. Aici, o parte importantă a „instrumentarului" este însăși întâlnirea dintre două persoane. Clinicianul observă felul în care pacientul intră în cabinet, se așază, privește sau evită contactul vizual, își modulează vocea, își construiește fraza, se îndepărtează de întrebare, revine sau nu la ea, utilizează metafora, își *trăiește* corporalitatea, memoria, temporalitatea și raportul cu realitatea. Psihiatria nu poate fi redusă la o listă de comportamente vizibile, deoarece obiectul ei este deopotrivă exterior și interior, comportamental și fenomenologic, biologic și biografic.

Tocmai aceasta este una dintre calitățile importante ale proiectului *Vechi și nou în semiologia psihiatrică*. Volumul al II-lea nu juxtapune pur și simplu definiții, ci pune deliberat conceptele unele lângă altele, pentru a face vizibile diferențele: abulie versus parabulie, ambivalență afectivă versus inversiune afectivă, angoasă versus anxietate, anhedonie versus atimie, apatie versus abulie, fabulație versus confabulație, fading mintal versus

baraj ideo-verbal, halucinoză versus halucinoid versus halucinație funcțională, mutism versus mutacism versus musitație, obsesiv-compulsiv versus psihasten versus anankast, tangențialitate versus circumstanțialitate, Capgras versus Frégoli.

Această metodă a contrastului este deosebit de valoroasă. Semiologia adevărată începe exact acolo unde încetează satisfacția de a spune că „pacientul are o problemă de voința", „vorbește straniu", „are halucinații" sau „este depresiv". Întrebarea următoare este cea care aparține clinicianului format: *în ce fel?* Ce fel de tulburare a voinței? Ce tip de distorsiune a discursului? Care este raportul subiectului cu percepția respectivă? Există critică? Există convingere delirantă? Fenomenul este primar sau secundar? Este cantitativ sau calitativ?

În volumul analizat, distincția dintre ideația macromaniacă și cea micromaniacă este prezentată ca parte a unui limbaj comun necesar psihiatrului și psihologului clinician, util diagnosticului diferențial, prognosticului și planificării tratamentului. La fel de ilustrativă este diferența dintre tangențialitate și circumstanțialitate: în ambele, discursul se îndepărtează de traseul direct, dar pacientul circumstanțial ajunge, în cele din urmă, la răspuns, în timp ce pacientul tangențial pierde direcția conversațională și nu revine la țintă. O asemenea distincție poate părea minoră celui care nu practică psihiatria; pentru clinician, ea reprezintă o informație despre arhitectura gândirii celui aflat în suferință.

Cuvântul care descrie și cuvântul care produce consecințe

Unul dintre cele mai interesante capitole ale volumului este cel intitulat „Limbajul psihiatric". Autorul textului pornește de la teoria actelor de vorbire a lui J. L. Austin și atrage atenția asupra faptului că diagnosticul nu este numai descriptiv. Odată formulat, el poate modifica statutul medical, juridic și social al persoanei, poate declanșa un protocol terapeutic și poate influența felul în care pacientul este privit de ceilalți și, uneori, de sine însuși.

De aici, rezultă o responsabilitate enormă a terminologiei. **Cuvintele** trebuie să fie **suficient de precise** pentru știință și **suficient de umane** pentru omul căruia i se aplică. Același capitol discută exact această dublă fațetă: limbajul riguros facilitează comunicarea profesională, tratamentul și cercetarea, dar poate deveni stigmatizant sau dezumanizant, dacă diagnosticul ajunge să substituie persoana.

A spune despre cineva că prezintă o tulburare psihiatrică nu trebuie să însemne niciodată că persoana se reduce la respectiva *etichetă*. Această

diferență ar putea constitui una dintre regulile etice ale semiologiei: a numi, fără a confisca identitatea celui numit.

În acest sens, rigurozitatea terminologică este cartea de vizită a unei școli de psihiatrie. O școală nu se recunoaște numai prin profesorii săi sau prin instituția în care s-a dezvoltat, ci prin felul în care discipolii privesc pacientul și prin distincțiile pe care refuză să le piardă. Există cuvinte care *transportă*, de la o generație la alta, o întreagă manieră de a observa. Atunci când un profesor insistă asupra diferenței dintre atimie, anhedonie și apatie, dintre depersonalizare și derealizare, dintre idee prevalentă și idee delirantă, el nu predă numai un vocabular; **predă o optică clinică**.

De la Constantin Gorgos la noile dicționare de semiologie

În România, unul dintre marile repere ale acestei culturi terminologice rămâne *Dicționarul enciclopedic de psihiatrie*, realizat sub redacția științifică a lui Constantin Gorgos. Verificarea bibliografică arată că lucrarea a fost alcătuită din patru volume: volumul I, A-D, 1987; volumul II, E-L, 1988; volumul III, M-R, 1989; volumul IV, S-Z, 1992, toate la Editura Medicală. Dimensiunea lucrării este în sine semnificativă: aproape patru mii de pagini în total, conform datelor bibliografice disponibile. Nu este doar un inventar lexical, ci documentul unei epoci în care psihiatria românească încerca să-și organizeze sistematic propriul limbaj și să îl pună în relație cu neurologia, psihologia, filosofia, medicina și cultura.

Proiectul coordonat astăzi de **Simona Trifu** și **Beatrice Popescu** se înscrie într-o altă epocă și folosește o altă metodă. Nu încearcă să reproducă un dicționar enciclopedic de tipul Gorgos, ci să recupereze acele zone ale vocabularului clinic, în care diferența subtilă dintre două concepte riscă să se piardă. Chiar primul volum al proiectului este prezentat editorial ca o încercare de a reactualiza concepte clasice dificil de utilizat de către tinerii psihiatri și psihologi și de a crea o punte între psihopatologia tradițională și limbajul contemporan al clasificărilor. Volumul al II-lea continuă și amplifică acest demers.

În literatura internațională există mai multe repere comparabile, chiar dacă niciunul nu reproduce exact formula acestui proiect românesc:

Robert Jean Campbell, *Campbell's Psychiatric Dictionary*, ediția a IX-a, Oxford University Press, 2009 – un dicționar amplu al psihiatriei și domeniilor conexe, publicat de Oxford Academic;

WHO, *Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms*, ediția a II-a, Geneva, 1994, asociat numelor Michael Shepherd, Assen Jablensky și

Robert Campbell – expresie a efortului internațional de standardizare terminologică;

Narriman C. Shahrokh și Robert E. Hales, *American Psychiatric Glossary*, ediția a VIII-a, 2003, lucrare care include terminologie clinică, farmacologică și medico-legală;

Harold și Lyn Thakurdas, *Dictionary of Psychiatry*, Springer, 1979, un dicționar specializat publicat de Springer;

Christian Müller, *Lexikon der Psychiatrie*, a doua ediție, Springer-Verlag, 1986, o amplă tradiție lexicografică de limbă germană.

Este interesant că NLM descrie edițiile istorice ale dicționarului lui Campbell ca reunind nu numai vocabular contemporan, ci și termeni și concepte istorice, eponime și trimiteri între domenii. Această preocupare pentru memoria terminologiei apropie, într-un anumit sens, asemenea lucrări de intenția volumelor *Vechi și nou în semiologia psihiatrică*: o disciplină care își pierde vocabularul istoric riscă să își piardă și o parte din capacitatea de observație pe care acel vocabular o codifica.

Dincolo de psihopatologie: Dicționarul de ipoteze și ipostaze existențiale

Proiectul trebuie privit și în continuitate cu cele două volume ale Dicționarului de ipoteze și ipostaze existențiale, coordonate de **Simona Trifu** și publicate în 2023-2024. Radio România Cultural confirmă apariția celor două volume la Editura Universitară, în coeditare cu Anconeum & Analepsie.

Acolo, teritoriul lexical se lărgește deliberat. Nu mai avem numai termeni aparținând examenului psihiatric sau psihodinamicii, ci **cuvinte ale existenței**: moduri de a fi, de a suferi, de a relaționa, de a ne apăra, de a ne construi identitatea. Primul volum a fost conceput chiar ca obiect la intersecția dintre discursul științific, literar și plastic, definițiile fiind construite complementar din perspectiva psihanalizei, psihiatriei, literaturii și artelor vizuale.

Acest lucru este important. Literatura poate spune ceva despre un subiect, *un ceva anume* pe care limbajul strict clasificator nu îl poate spune. Nu pentru că literatura ar înlocui diagnosticul, ci pentru că metafora, ritmul, imaginea și povestea pot descrie calitatea trăirii. Există o diferență între a nota „anhedonie” și a surprinde felul particular în care lumea și-a pierdut pentru un anumit pacient culoarea, densitatea sau promisiunea. Prima formulare oferă codificare clinică; a doua poate restitui fenomenologia persoanei.

Volumul al II-lea din *Vechi și nou în semiologia psihiatrică* demonstrează el însuși că limbajul figurat nu este un ornament exterior psihiatriei. Capitolul despre „saltul între real și metaforic" discută dificultățile persoanelor cu schizofrenie în procesarea metaforei, ironiei și comunicării indirecte și arată că modul în care un pacient înțelege limbajul figurat; faptul poate furniza informații despre cogniția acestor subiecți în genere, despre cogniție socială în particular și despre modalitatea lor de integrarea contextuală. Autorii observă, de asemenea, că unele concepte ale psihopatologiei clasice nu mai apar sub aceeași denumire în literatura internațională contemporană, deși fenomenele pe care le descriau rămân clinic recognoscibile.

Aici literatura și semiologia se întâlnesc: una păstrează nuanța expresiei, cealaltă îi conferă disciplină diagnostică.

Finețea simptomului și finețea receptorului

Există o paralelă sugestivă între evoluția semiologiei și evoluția psihofarmacologiei.

Psihiatria clinică veche a învățat să divizeze experiența psihică în fenomene tot mai atent diferențiate. Nu orice retragere este apatie; nu orice absență a plăcerii este atimie; nu orice diminuare a inițiativei este depresie; nu orice percepție neobișnuită este o formă de halucinație. Cu cât semiologia devine mai fină, cu atât ipoteza diagnostică poate deveni mai bine articulată.

Într-o direcție analogă – fără a presupune însă o corespondență simplistă de tip „un simptom = un receptor" – psihofarmacologia contemporană a trecut de la descrierea grosieră a unei clase de psihotrope la caracterizarea mult mai precisă a afinității, a agonismului parțial, a antagonismului, a selectivității și a distribuției centrale sau periferice a acțiunii receptorale.

Cariprazina, de exemplu, este un agonist parțial D2/D3 cu preferință receptorală pentru D3 și cu un profil serotoninergic distinct. Iar schimbarea de paradigmă este și mai evidentă, odată cu aprobarea în Statele Unite, în septembrie 2024, a combinației xanomelină-trospiu: FDA o descrie ca primul antipsihotic aprobat pentru schizofrenie, care vizează receptori colinergici în locul mecanismului dopaminergic clasic. Xanomelina acționează preferențial asupra receptorilor muscarinici M1/M4, iar trospiumul limitează efectele colinergice periferice; mecanismul și rezultatele clinice au fost investigate inclusiv în *New England Journal of Medicine*.

Paralela este fertilă, dacă îi păstrăm limitele: așa cum nu mai este suficient să spunem „simptom negativ", nu mai este suficient nici să gândim psihofarmacologia doar în termeni de „mai multă" sau „mai puțină" dopamină. În ambele domenii, progresul înseamnă discriminare fină.

Această analogie mai comunică un aspect. Un medicament *sofisticat* farmacologic nu poate compensa o observație clinică grosieră. Cu cât avem molecule mai diferențiate, cu atât avem nevoie de fenotipuri clinice mai bine descrise. Psihiatria de precizie nu poate exista doar la nivel molecular; ea trebuie să înceapă la patul bolnavului, prin precizia limbajului.

Despre „elan" în psihiatrie

Elanul vital aparține acelui vocabular psihopatologic în care filosofia, fenomenologia și clinica se întâlnesc fertil. În tradiția franceză, noțiunea de *élan vital* a influențat concepte precum athymhormia, formulată de Maurice Dide și Paul Guiraud în 1922, care desemna pierderea forței vitale, a impulsului afectiv și a autoactivării psihice. Literatura neuropsihiatrică ulterioară a reluat conceptul pentru tulburări de autoactivare asociate circuitelor motivaționale din ganglionii bazali.

În psihopatologia fenomenologică, Eugène Minkowski a făcut celebră ideea „pierderii contactului cu realitatea" în schizofrenie. Pentru Minkowski, nu era suficientă inventarierea ideilor delirantă și/ sau a halucinațiilor; trebuia surprinsă modificarea mai profundă a felului în care subiectul se acordează la lume, la timp, la *un celălalt* și la propria sa existență.

Noțiunea de elan vital amintește, astfel, de o dimensiune pe care limbajul strict operațional riscă uneori să o piardă: pacientul nu este numai suma unor itemi. Există o modalitate anume în care cel în cauză își proiectează sau nu drumul de viață, ritmul existenței, disponibilitatea către *lumea mare* și către viitor, interesul pentru propria tensiune vitală. Aceste aspecte trebuie descrise cu grijă și nu transformate în metafore diagnostice arbitrare, însă ele constituie o parte importantă a *moștenirii* fenomenologice a psihiatriei.

Școlile românești de psihiatrie și memoria vocabularului

Nu există o singură „școală românească de psihiatrie", ci mai multe filiații și centre care au produs accente diferite. O istorie completă ar necesita un volum separat, însă cel puțin trei poli merită amintiți.

Bucureștiul poartă filiația Alexandru Suțu – Alexandru Obregia și, ulterior, tradițiile construite în jurul marelui spital bucureștean. Alexandru Suțu este unul dintre numele fondatoare ale psihiatriei moderne românești, iar Alexandru Obregia a fost implicat în proiectarea instituției inaugurate în 1923, concepută pentru standardele europene ale epocii. În această continuitate trebuie așezată și opera lexicografică coordonată de Constantin Gorgos, fiind greu de imaginat o tradiție clinică solidă fără instrumente prin care generațiile să-și fixeze și să-și transmită vocabularul.

Tot în spațiul bucureștean, Aurel Romila a cultivat o psihopatologie sistematică, influențată de Henri Ey și de tradiția organodinamică, și a dezvoltat concepția resocializării pacientului psihiatric. Un articol publicat în *L'Évolution Psychiatrique* discută explicit influența lui Henri Ey asupra psihiatriei românești și rolul lui Eduard Pamfil în transmiterea acestei tradiții.

Timișoara reprezintă un alt mare centru. Disciplina universitară de psihiatrie a fost fondată în 1950, odată cu venirea lui Eduard Pamfil, fiind condusă ulterior, timp de peste două decenii, de Mircea Lăzărescu. Universitatea însăși descrie orientarea școlii ca una multilaterală, în care formarea psihiatrică clasică este articulată cu bazele biologice și psihologice ale disciplinei. Filiația Pamfil-Lăzărescu a întreținut în România interesul pentru psihopatologia fenomenologică, antropologică și pentru întrebările legate de structura experienței, nu numai pentru cele care inventariază simptome.

Iașiul și Socola constituie un al treilea pol istoric. Ministerul Sănătății îi amintește, între personalitățile institutului, pe Constantin Ion Parhon, Petre Brânzei, Leon Balif, Tadeusz Pirozynski și Petru Boișteanu și atribuie lui Petre Brânzei dezvoltarea unei perspective bio-psiho-sociale asupra tratării pacientului psihiatric. Aceasta este o altă formă a aceleiași lecții: nosologia nu trebuie confundată cu reducționismul. O categorie diagnostică este utilă numai dacă rămâne legată de persoana biologică, psihologică și socială care o poartă.

La acestea, se adaugă tradițiile de la Cluj și Sibiu și numeroase alte filiații universitare și clinice. Important este că fiecare școală își construiește, în timp, un anumit mod de a întreba, de a observa și de **a (de)numi**. **Rigoarea terminologică este memoria portabilă a unei școli.**

Tinerii autori: de la învățarea terminologiei la travaliul clinic

Unul dintre cele mai interesante aspecte ale volumului al II-lea este numărul mare de autori tineri, cărora li s-au încredințat capitole distincte. Cuprinsul arată o succesiune de medici, psihologi și tineri cercetători care nu apar numai în calitate de colaboratori ai coordonatorilor, ci ca autori direcți ai unor teme dificile. A cere unui tânăr specialist să scrie despre diferența dintre abulie și parabulie este cu totul altceva decât a-i cere să reproducă niște definiții. Pentru a scrie, trebuie să compare surse, să detecteze contradicții, să urmărească istoria unui concept, să decidă ce este esențial și, mai ales, să își asume formularea. Autoratul transformă cunoașterea pasivă în responsabilitate epistemică.

Aceasta este una dintre marile diferențe față de formarea de acum aproximativ treizeci de ani. Tânărul clinician al anilor 1990 era format într-o cultură în care tratatul tipărit, biblioteca fizică și transmiterea directă profesor-discipol aveau o pondere mult mai mare. Accesul la literatura străină era mai lent și filtrat, iar autoritatea școlii locale era, în consecință, mai concentrată.

Tânărul specialist de astăzi are avantajul extraordinar al accesului aproape instantaneu la literatura internațională, la baze de date, articole, ghiduri, neuroimagistică, neuroștiințe cognitive și psihofarmacologie moleculară. Dar acest avantaj conține propriul risc: abundența informației poate produce sărăcirea gândirii, dacă lectura devine acumulare fără ierarhizare. A avea zece mii de articole la dispoziție nu echivalează cu a ști care dintre ele schimbă înțelegerea unui pacient.

De aceea, rolul coordonatorului se schimbă, fără să dispară. În urmă cu treizeci de ani, profesorul era adesea și poarta de acces la informație. Astăzi, acesta trebuie să fie mai ales filtrul critic, garantul coerenței și **profesorul de discernământ**. Chiar descrierea editorială a primului volum insistă asupra coordonatorului, ca instanță care păstrează echilibrul dintre libertatea explorării și rigoarea conceptuală.

A implica direct tinerii „psi" într-un asemenea proiect este, prin urmare, mai mult decât o strategie editorială. Este o metodă pedagogică, ce transmite acestora că terminologia nu vine *gata făcută* din DSM sau ICD, că fiecare termen are o genealogie și că a cita nu înseamnă a copia, ci a intra într-o conversație istorică a disciplinei.

Beatrice Popescu: întâlnirea dintre scenă și clinică

Beatrice Popescu are în volumul al II-lea două contribuții deosebit de relevante pentru această idee a diferențierii: „Folie à deux" și „Sindromul Capgras versus Iluzia Frégoli". Capitolul despre *folie à deux* nu se limitează la definiția actuală, ci urmărește terminologia istorică a fenomenului – psihoză indusă, impusă, comunicată, simultană – și trece prin Lasègue și Falret, de Clérambault, Jaspers, Schneider și diferitele încercări de reașezare nosologică. Este exact genul de capitol care arată de ce istoria unui termen nu este istorie ornamentală: modificarea denumirii exprimă schimbarea felului în care este conceput mecanismul bolii.

În capitolul Capgras-Frégoli, diferența este la fel de fină și clinic decisivă: în Capgras, persoana familiară este trăită ca fiind înlocuită de un impostor; în Frégoli, persoane diferite sunt percepute ca manifestări ale aceleiași

persoane, care își schimbă aparența. În câteva cuvinte aparent apropiate sunt codificate două arhitecturi distincte ale identificării delirante.

Beatrice Popescu este psiholog clinician, dar și absolventă de Teatrologie și manager cultural. Parcursul său profesional a început în lumea teatrului bucureștean, unde s-a ocupat de managementul unor teatre independente și a produs festivaluri dedicate tinerilor artiști. O parte importantă a activității sale a fost legată de susținerea și promovarea noilor generații de creatori. În zona creației teatrale, a activat și ca asistent de regie, fiind creditată de Teatrul Național București pentru spectacolul LO-LI-TA a LO-VE story.

În ultimii ani, interesele ei s-au îndreptat și către zona literaturii. S-a implicat în proiecte care urmăresc apropierea tinerilor de cultura scrisă, colaborând în acest sens cu Editura Casa de Pariuri Literare.

Această dublă formare poate fi privită ca o resursă interesantă unui proiect de psihopatologie. Teatrul educă ochiul uman pentru gest, ritm, tăcere, poziție, voce, subtext, schimbarea rolului și a raportului dintre aparență și identitate. Psihiatria observă, în alt registru și cu alte scopuri, exact cât de mult poate spune un om, prin aceste dimensiuni. Nu înseamnă că instrumentele teatrologiei trebuie confundate cu instrumentele diagnosticului, dar definesc cum sensibilitatea culturală poate îmbogăți calitatea observației.

Este cu atât mai sugestiv că una dintre temele semnate de Beatrice Popescu este despre iluziile Capgras și Frégoli, o patologie a identității, aparenței și recunoașterii – teme care au, în alt plan, o rezonanță profund teatrală. Aici, psihiatria cere aici rigoare, în vreme ce teatrul poate aduce intuiția complexității personajului uman. Întâlnirea celor două nu diluează știința, dacă delimitările sunt păstrate, ci poate asigura cercetarea că nu va sărăci în reprezentări.

Dicționarul ca formă de rezistență împotriva simplificării

Poate că cea mai importantă idee care se desprinde din această carte este una care depășește dicționarul însuși. Trăim într-o epocă a clasificărilor rapide, a scorurilor, a algoritmilor și a procesării unor cantități uriașe de date. Toate acestea au utilitatea lor. Dar, există riscul ca în acest proces clinicianul să înceapă să vadă numai ceea ce instrumentul său știe deja să numere. Semiologia clasică ne amintește contrariul: **mai întâi trebuie să învățăm să observăm.**

Un vocabular bogat nu complică inutil realitatea. Uneori, vocabularul sărac este cel care o falsifică. Dacă avem un singur cuvânt pentru zece experiențe diferite, vom ajunge, inevitabil, să le tratăm ca și cum ar fi aceeași

experiență. Dacă avem zece termeni bine definiți și știm când și cum să îi folosim, putem începe să distingem zece trasee clinice posibile.

De aceea, recuperarea termenilor vechi nu trebuie înțeleasă ca nostalgie și nici opoziția „vechi-nou” ca o luptă între generații. Unele cuvinte vechi trebuie abandonate; altele trebuie redefinite; altele trebuie traduse în limbajul neuroștiințelor contemporane; iar unele păstrează o finețe descriptivă, pe care terminologia operațională nu a reușit încă să o înlocuiască.

O școală vie de psihiatrie nu conservă trecutul într-o vitrină, ci îl supune critic prezentului și îl transmite mai departe numai acolo unde continuă să ajute clinicianul să vadă mai bine. Privind astfel, cartea *Vechi și nou în semiologia psihiatrică* poate fi citită nu doar ca un dicționar sau ca un volum colectiv, ci ca un **atelier de transmitere între generații**. Profesorul aduce memoria clinică; tinerii autori aduc accesul la literatura contemporană, întrebările și vocabularul generației lor; psihologia, psihanaliza, neuroștiințele și farmacologia furnizează diferite niveluri explicative; iar literatura și artele amintesc permanent că sub fiecare termen rămâne o persoană care nu va încăpea niciodată complet în definiția lui.

Poate că aceasta este formula cea mai scurtă pentru importanța semiologiei: a găsi cuvântul suficient de exact pentru știință, fără a pierde omul care există dincolo de el.

Alexitimie

Moroianu Ana-Maria

Introducere și definirea conceptului

Termenul „alexitimie” își are originea în limba greacă veche și este alcătuit din particula „a” (care indică absența), „lexis” (cuvânt) și „thymos” (emoție sau stare afectivă). În sens literal, acesta poate fi tradus prin expresia „absența cuvintelor pentru a exprima emoțiile”. Alexitimia este considerată o trăsătură de personalitate complexă, care se manifestă prin incapacitatea de a își recunoaște propriile emoții, dificultatea de a le exprima verbal și tendința de a se concentra mai degrabă pe elementele externe ale realității decât pe trăirile interioare (Koppelberg et al., 2023). În prezent, alexitimia este privită ca o trăsătură de personalitate și un fenomen cu manifestare subclinică, nefiind inclusă în clasificarea oficială DSM, însă este totuși considerată un construct important în cadrul criteriilor de diagnostic utilizate în cercetarea tulburărilor psihosomatice (Gaggero et al., 2020).

Alexitimia se caracterizează printr-o diminuare a conștientizării emoționale și prin deficite în procesarea informațiilor afective. În acest sens, sunt descrise dificultăți în recunoașterea emoțiilor și în diferențierea acestora de senzațiile corporale asociate activării emoționale, precum și probleme în exprimarea verbală a trăirilor afective. De asemenea, literatura de specialitate extinde manifestările alexitimiei prin includerea unei capacități reduse de imaginație și fantezie, precum și a dificultăților în adoptarea perspectivei altor persoane și în înțelegerea ori descrierea emoțiilor acestora (Poquérusse et al., 2018).

Istoric și evoluția conceptului

Conceptul de „alexitimie” a fost introdus în psihiatrie la începutul anilor 1970 de către Peter Sifneos, pentru a desemna dificultățile întâlnite la unii pacienți în recunoașterea și exprimarea propriilor emoții (Poquérusse et al., 2018). Ulterior, conceptul a fost extins și reinterpretat în literatura de specialitate (Gaggero et al., 2020). Potrivit prezentării istorice realizate de Poquérusse et al. (2018), Sifneos a emis inițial ipoteza că pacienții cu astfel de manifestări prezentau o formă specifică de tulburare a limbajului

emoțional, descrisă ca „agnozie emoțională” (1967), ulterior reinterpretată ca „afazie afectivă” (1996). Sifneos a fost inițial deschis și posibilității de a considera alexitimia o trăsătură de personalitate patologică asociată cauzal cu tulburările psihosomatice. Totuși, cercetările ulterioare au contestat ideea unei categorii diagnostice unice, arătând că trăsăturile alexitimice pot apărea și în alte populații clinice, nu doar în cele psihosomatice. Studiile au evidențiat prezența acestor caracteristici într-o gamă largă de afecțiuni, inclusiv boli neurodegenerative, tulburări psihiatrice precum depresia și comportamentul suicidar, schizofrenia, tulburările de alimentație și tulburările din spectrul autist (Poquérusse et al., 2018).

Taylor et al. (2024) plasează dezvoltarea conceptului de alexitimie în continuitatea mai multor observații clinice anterioare. Printre acestea se numără conceptul de *pensée opératoire* („gândire operatorie”), descris de Marty & de M’Uzan, caracterizat printr-un stil de gândire pragmatic, concret, sărac în imaginație și orientat predominant către realitatea externă (Taylor et al., 2024).. Autorii amintesc, de asemenea, observațiile lui Ruesch asupra pacienților cu afecțiuni psihosomatice, la care identificase o expresivitate emoțională redusă și dificultăți de simbolizare a experiențelor afective. Taylor et al. (2024) mai menționează și contribuțiile lui Horney privind sărăcia experienței interioare la unii pacienți aflați în terapie, precum și pe cele ale lui Kelman referitoare la orientarea predominant externă și la un mod de viață externalizat. Totuși, după cum subliniază autorii, aceste ultime contribuții nu au fost integrate explicit în formulările inițiale ale alexitimiei, deși anticipau unele dintre caracteristicile asociate ulterior conceptelor de *pensée opératoire* și *vie opératoire* („gândire operatorie” și „viață operatorie”) (Taylor et al., 2024).

Analiza scientometrică realizată de Gaggero et al. (2020) asupra literaturii de specialitate privind alexitimia evidențiază trei etape majore, distincte atât cronologic, cât și conceptual. Prima etapă, denumită perioada Pre-TAS, cuprinde lucrările inițiale dedicate definirii constructului, realizate în special în domeniile psihosomaticii, medicinei, psihiatriei și psihanalizei. A doua etapă este reprezentată de contribuțiile „Grupului de la Toronto”, concentrate asupra dezvoltării unei metode standardizate de evaluare a alexitimiei și asupra clarificării relației dintre scala TAS-20 și alte constructe psihologice, precum personalitatea sau depresia. A treia etapă, Post-TAS, abordează alexitimia din perspectiva științelor cognitive și a neuroștiințelor cognitive, utilizând metode comportamentale și neuro-fiziologice pentru investigarea acestui construct (Gaggero et al., 2020)