

ISTERIA, UN CONCEPT LIMITĂ ÎNTRE PSIHANALIZĂ ȘI DSM IV

HYSTERIA, A BOUNDARY CONCEPT BETWEEN PSYCHOANALYSIS AND DSM IV

Carmen Truțescu

REZUMAT

Isteria – concept cu origini în Antichitate, atent analizat și prelucrat inițial în cadrul școlii psihanalitice, continuă să-și păstreze locul în atenția școlii medicale și a specialiștilor din domeniul sănătății mintale prin variabilitatea și complexitatea situațiilor psihopatologice în care este incriminată.

Termenul, folosit inițial în legătură cu simptomul generat și aspectele analitice ale apariției sale, este înlocuit treptat cu termeni parțial similari din nevoia de a standardiza criteriile diagnostice. Din nevoia specialiștilor de a cuantifica similar aspecte ale psihopatologiei au luat naștere instrumente standardizate și clasificările nosografice internaționale, de o importanță capitală. Clasificarea entităților diagnostice conduce însă la separarea criterizată a unor manifestări cu mecanisme psihogenetice comune. Lucrarea de față se dorește a fi o analiză a datelor evoluției istorice a conceptului, o pledoarie pentru alinierea la noile abordări diagnostice în sănătatea mintală a copilului și adolescentului fără a renunța însă la modele de aprehensiune, la analiza psihodinamicii și complexității realității psihice a pacientului.

Cuvinte cheie: sindrom isteric, conversie, disociere

ABSTRACT

Hysteria – a concept with ancient origins, carefully analyzed and processed initially in the psychoanalytic school, continue to keep his place in medical school attention and mental health professionals by the variability and complexity of psychopathological situations in which is incriminated.

The term, originally used in connection with general symptoms and analytical aspects of its appearance, is gradually replaced with partially similar terms from the need to standardize the diagnostic criteria. From need of specialists to quantify similar aspects of psychopathology were born nosografice standardized instruments and international classifications of paramount importance. Classification of diagnostic entities leads however to a criteria separation of events with common psychogenetics mechanisms.

This paper is intended as an analysis of data of historical evolution of the concept, a plea to align with new diagnostic approaches in child and adolescent mental health without abandoning the apprehension models, to the analyze of psychodynamic and complexity of the patient's mental reality.

Keywords: hysterical syndrome, conversion, dissociation

Medic rezident Psihiatria copilului și adolescentului;
Departamentul de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului;
Spitalul de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia", București.

Resident in Child and Adolescent Psychiatry;
Child and Adolescent Psychiatry Department;
„Prof. Dr. Al. Obregia”, Psychiatry Hospital, Bucharest.

INTRODUCERE

Interesul pentru manifestările reunite sub denumirea de manifestări isterice s-a păstrat vie de-a lungul timpul, menținând neelucidată întrebarea legată de cauza reală. Multa vreme s-a crezut ca progresul

medicinii va aduce și dovada legăturii între simptom și modificarea organică care stă la baza acestuia.

În Antichitate a fost descrisă *Isteria* ca rezultat al deplasării uterului din poziția sa normală. Denumirea de *Isterie* pastrează și azi dovada originii sindromului (gr. *Histera*). Galen, în sec II, respinge ideea că modificările apar datorită acestei deplasări a uterului, sugerând drept cauză retenția exagerată a secreției uterine. (Dobrescu, 2010)

Îndoieli cu privire la originea uterină a *Isteriei* a început în secolul al XVII-lea. Thomas Sydenham a recunoscut originea emoțională a tulburării isterice. Mai mult, Sydenham a recunoscut tulburarea și la bărbați. În 1859 Briquet a subliniat aspectele multisimptomatice ale bolii și recunoaște *isteria* la bărbați, atribuind-o unei cauze emoționale. (Sadock et Sadock, 2000) Lander (1873) menționează participarea copiilor isterici în manifestările *epidemiilor de posesiune*, în timp ce Palmer (1882) descrie crize isterice *de tip disociativ*. (Dobrescu, 2010)

Isteria în teoriile psihanalitice

Școala franceză, reprezentată de J.M. Charcot accentuează importanța emoțiilor puternice în producerea *isteriei*, la subiecții predispuși; se evidențiază faptul că fenomene asemănătoare puteau fi induse prin hipnoză și că atacurile de *isterie* puteau fi modificate prin sugestie. Pierre Janet subliniază îngustarea câmpului conștiinței specifică manifestărilor isterice, responsabilă atât de sugestibilitate cât și de alte aspecte ale acestor simptome. (Gelder et al., 1983)

Autorii francezi consideră că *isteria* este *limbajul inconștientului care se exprimă prin intermediul corpului în măsura în care acest lucru să devină vizibil*, este un *semnal de alarmă fără strigăt, o cerere neverbalizată, un holocaust fără suferință aparentă, dar în care suferința este implicată într-o formă ambivalentă*. (Gelder et al., 1983; Zamfirescu, 2007)

1885 este anul în care Freud, împreună cu Charcot, studiază cu mare atenție *isteria*, iar după 1895 Freud publică lucrările *Despre mecanismele psihice ale fenomenelor isterice* și mai apoi *Studii despre isterie* (Freud, 2005) punând bazele teoriei psihanalitice. Freud definea conceptul de *isterie*: *pacienții noștri isterici suferă de reminiscențe. Simptomele lor sunt reziduuri și simboluri mnezice ale anumitor experiențe (traumatice) și lega manifestările de sexualitate*. (Freud, 2005; Zamfirescu, 2007)

În timp ce Charcot remarcase că la *isterici* apariția sindromului fizic ducea la dispariția angoasei și înlocuirea ei cu *belle indifference*, Freud consideră că aceasta este o încarnare a angoasei într-un simptom corporal. (Freud, 2002; Zamfirescu, 2007)

Isteria oferă astfel modelul saltului misterios al psihicului în fizic. Localizarea manifestărilor somatice a dus la apariția teoriei *limbajului simbolic al organelor* dezvoltată de Georg Groddeck (Constantinescu et al, 1989), în timp ce Alfred Adler vorbește despre *inferioritatea de organ*. Adler este cel care desexualizează inconștientul și adaugă dimensiunea socialului și sentimentul de satisfacție/insatisfacție în relație cu ceilalți membrii ai comunității. (Zamfirescu, 2007)

Isteria ca mecanism reflex

Kretschmer, în 1961 definește atacurile isterice ca fiind *reacții instinctive preformate ale sistemului nervos la un stres excesiv*, punând accentul pe contribuția factorilor externi și condiția care poate influența durata și intensitatea simptomului. Persistența manifestărilor este legată de 2 aspecte și anume: obținerea unui avantaj de pe urma simptomelor și generarea în timp a unui mecanism neurologic prin care comportamentul repetat frecvent devine habitual. (Gelder et al., 1983)

Manifestările isterice descrise de pacienții studiați de Freud și Breuer *sunt afectate de amintiri implicite ale unor evenimente care nu se pot aminti în mod explicit*. (Freud, 2005) *Neuro-Analiza*, încearcă să aducă argumente științifice pentru manifestările observate clinic și să evite traseul speculativ, (Peled, 2008) și subliniază rolul procesării emoțiilor timpurii, experimentate de copil până la 2 ani. Imaturitatea cortexului prefrontal face, ca pe baza acestor emoții timpurii, să se formeze scheme neuronale în ariile răspunsului emoțional (amigdala, ganglionii bazali, hipotalamusul), care să nu implice participarea structurilor cerebrale superioare. (Gainotti, 2006; Peled, 2008)

Lateraltatea manifestărilor conversive, demonstrată de către Stern în 1977, arată că asimetria simptomelor de conversie este legată de organizarea diferită a emisferelor dreaptă și stângă, și nu în legătură cu nivelul de implicare în activitate a celor două părți ale corpului. Astfel, atât pacienții dreaptați cât și cei stângaci care prezentau simptome cu componentă isterică descriu în proporție mai mare simptomele de conversie în regiunile corporale stângi. (Stern, 1977)

Sindromul isteric, așa cum există în practica psihiatrică este un complex de simptome din domeniul motricității, senzorialității, vorbirii, funcțiilor vegetativo-viscerale și psihicului, simptome care au drept caractere comune :

- originea emoțională (psihogenă),
- atipia (în raport cu sindroamele organice),
- teatralismul și demonstrativitatea,
- reversibilitatea totală și rapidă,
- influențabilitatea prin atitudinea mediului sau prin sugestie. (Constantinescu et al, 1989)

În clinică manifestările isterice nu aparțin unei singure afecțiuni psihice; sindromul isteric se poate întâlni în diferite circumstanțe clinice cu grade progresive de severitate și durată, definite ca Reacție isterică, Nevroză isterică, Dezvoltare nevrotică, Dezvoltare dizarmonică psihopatică a personalității și Psihoză isterică. (Milea, 1988)

Avem de-a face cu un sindrom psihopatologic mai degrabă decât cu o entitate clinică unitară, cu o inepuizabilă varietate a manifestărilor, mai mult sau mai puțin paroxistice (Milea, 1988), cuprinzând crize excito-motorii, paralizii, anestezii, mișcări anormale, manifestări senzitive și senzoriale, tulburări somato-viscerale (tulburări de fonație, vărsături, disfagie) tulburări neurovegetative sau algii cu diverse localizări, amnezii, fugi, stări crepusculare, sindromul Ganser. (Dobrescu, 2010)

Copilului isteric prezintă o serie de trăsături care pot fi utile în precizarea diagnostică: sugestibilitate, exaltare imaginativă (cu regresie în reverie), expresie teatrală cu dorința de a fi admirat, sensibilitate extremă cu aviditate afectivă, insatisfacție cu reacții exagerate la cele mai mici frustrări, relații superficiale, oscilații emoționale cu dificultatea de a stabili legături emoționale normale cu părinții sau cu ceilalți. Acest copil trăiește boala cu *belle indifference* pentru ceea ce oferă ea. (Dobrescu, 2010) Cu toate acestea simptomele isterice sunt mai rare la copilul sub 10 ani decât la adolescență, unde frecvența acestei simptomatologii este apropiată de cea întâlnită la adult. (Marcelli, 2003)

La copilul mic, manifestările isterice iau adeseori forma unui simptom motor care există în mod cvasi-constant în anturajul apropiat: schiopătutul unui părinte, un deficit motor al unui bunic, handicap motor al unei alte rude. La aceasta categorie de vârstă, când interviul cu familia nu poate duce la identificarea unui context similar și nu se poate identifica beneficiul secundar se recomandă a folosi cu prudență diagnosticul de conversie și realizarea unui bilanț somatic minuțios. (Marcelli, 2003; Dobrescu, 2010)

Episoadele de pierdere a cunoștinței, sincopel, diferitele forme de îngustare a conștiinței, vertijul, paresteziile, cefaleea sau algii cu alte localizări - impun un diagnostic diferențial minuțios cu sindroamele epileptice dar și cu alte tulburări neurologice, cu atât mai mult cu cât coexistența de crize epileptice și manifestări isterice la același pacient nu este ceva neobișnuit. Traseul EEG poate ajuta în stabilirea diagnosticului deși sunt unele studii care au arătat că pot apărea descărcări tranzitorii localizate, predominant în lobul frontal, sau cu caracter difuz în timpul unor manifestări de origine psihogenă. (Ramchandani et Schindler, 1993)

Unele sindroame descrise de psihiatria clasică au fost preluate în întregime sub formă de criterii diagnostice. Altele au suferit modificări, au fost asimilate altor entități sau chiar eliminate din lista tulburărilor. Este și cazul Neurasteniei, care a figurat în DSM I (sub denumirea de Reacție psihologică a sistemului nervos) și DSM II (ca Nevroză neurastenică), dar care nu s-a mai regăsit în DSM III și DSM IV. (Sadock et Sadock, 2000) DSM IV-TR recunoaște entități diagnostice care au ca simptom principal o expresie psihogenă, reprezentate în principal de tulburările somatoforme și disociative.

Tulburările somatoforme includ tulburări de conversie, tulburarea de somatizare, tulburările algice, hipocondria, și tulburarea dismorfofobică. În tulburările somatoforme pacientul prezintă simptome fizice, cum ar fi durerile de spate sau paralizie la nivelul membrelor, fără o cauză aparentă fizică. (DSM-IV-TR, APA, 2000)

Tulburarea de somatizare, ca și conversia sunt în general condiții intens investigate, mai ales datorită multitudinii de simptome prezentate. Studiile EEG efectuate de Pierre-Henry și colaboratorii săi au arătat, legat de etiopatologia tulburării de conversie, folosind EEG cu derivații bipolare, că există (1) hipofuncție în emisfera dominantă, (2) o hiperactivitate în emisfera nondominantă, și (3) relații interemisferice anormale. În special la femei, pare a fi o dezorganizare secundară a emisferei nondominante, care, la rândul său este capabilă de a produce simptomele caracteristice somatice observate într-o reacție de conversie. (Koles et Flor-Henry, 1981).

Un studiu EEG de o femeie cu o paralizie Isterică pe partea stângă a fost elocvent. Încercarea de a muta piciorul paralizat nu a reușit să activeze cortexul motor drept. În schimb au fost activate în mod semnificativ, cortexul orbito-frontal drept și cingulul anterior

drept, ceea ce sugerează că aceste două zone inhibă efectele cortexului prefrontal (voit), asupra cortexului motor dreptul în cazul în care pacientul încearcă să mute piciorul stâng. (Sadock et Sadock, 2000)

Tulburările disociative în DSM-IV-TR includ amnezia disociativă, fuga disociativă, tulburarea disociativă a identității, tulburarea de depersonalizare și tulburări disociative nespecificate. (DSM-IV-TR, APA, 2000). În multe cazuri, mecanismele de disociere sunt legate de o evitare de responsabilitate cu privire la o situație dată. Etiologia implică expunerea la un eveniment cu valențe traumatizante. Intensitatea, durata și vârsta la care a avut loc expunerea la evenimentul traumatic par a fi factori critici în dezvoltarea de amnezie disociativă; în general, cu cât mai puternică, mai lungă și mai timpurie a fost expunerea, cu atât mai severă va fi amnezia. (Sadock et Sadock, 2000; Prelipceanu, 2003)

Fuga disociativă poate fi înțeleasă ca o stare în care amnezic dorințele interzise pot fi exprimate simbolic și care protejează self-ul. Relația între apariția acestor tulburări și evenimentul stresor este evidentă dacă avem în vedere creșterea semnificativă a prevalenței acestor tulburări pe parcursul celui de-al II-lea Război Mondial. (Sadock et Sadock, 2000)

Personalitatea histrionică, Personalitatea narcisică, Personalitatea borderline descrise în DSM IV- TR ca tulburări de personalitate aparținând Clusterului B, sunt caracterizate prin patternul dramatic, emoțional și dezordonat/imprevizibil (DSM-IV-TR, APA, 2000), caracteristici superpozabile ale clasicei isterii (Prelipceanu, 2003); grandoarea generalizată (în fantezie sau în comportament), nevoia de admirație, lipsa de empatie sunt expresii comune ale atenției îndreptate către sine; persoanele cele mai narcisiste

sunt talentate, frumoase, sau foarte inteligente, aceste caracteristici funcționând drept nucleul în jurul căruia se organizează sentimentul de a fi diferit, special; caracteristica lor comună este reprezentată de uzul disocierii, negării, scindării și treceri la act – ca mecanisme de defensă. (Sadock et Sadock, 2000)

CONCLUZII

Termenul de *Isterie* este astăzi folosit în limbajul cotidian, având o conotație peiorativă și stigmatizantă, în legătură cu o stare de excitare nervoasă extremă manifestată printr-un comportament violent și prin pierderea controlului asupra propriei persoane. Lumea medicală de astăzi utilizează cu prudență termenul pentru a evita stigmatizarea, preferându-se cel de *psihogen*, alternativă convenabilă de evitare a celui de *isterie*.

Clinica psihiatrică poate îmbina astăzi conceptele psihanalitice cu probele neuroimagistice pentru a explica simptomul, implicarea psihicului uman în dezvoltarea structurilor cerebrale fiind argumentată științific.

Variabilitate clinică foarte mare a simptomatologiei isterice în contextul nevoii prezente de a separa entități diagnostice cât mai individualizate, a făcut ca trăsături ale sindromului definit cu secole în urmă să stea la baza mai multor coduri diagnostice prevăzute în clasificările tulburărilor DSM IV și ICD 10. Cu toate acestea, dincolo de îndeplinirea criteriilor diagnostice, practica psihiatrică obligă la evaluarea multidimensională a pacientului, aborbarea terapeutică fiind în legătură directă cu mecanismul de apariție al condiției patologice.

*

*

*

INTRODUCTION

Interest for manifestations reunited under the name of hysterical manifestations was kept alive over time, keeping unsolved question of the real cause. Long time has been believed that progress in medical science will bring the evidence of connection between symptoms and organic changes that underlies it.

In antiquity *Hysteria* was described as a result of displacement of the uterus from its normal position. Name of *Hysteria* today retains proof of the origin of

syndrome (gr. *Hystera*). Galen, in century II, rejects the idea that the modifications occur due to this displacement of the uterus, suggesting as a cause excessive retention of uterine secretion (Dobrescu 2010).

Doubts about the origin of uterine hysteria began in the XVIII century. Thomas Sydenham recognized emotional disorder hysterical origin. Furthermore, Sydenham recognized disorder in men. In 1859 Briquet emphasized multisymptomatic aspects of the disease and recognizes hysteria in men, attributing it to emotional causes (Sadock et Sadock, 2000). Lander

(1873) mentions participation of hysterical children in manifestations of “epidemics of possession” while Palmer (1882) describes the hysterical crisis of *dissociative type* (Dobrescu, 2010).

Hysteria in psychoanalytical theories

The French school, represented by J. M. Charcot emphasizes the importance of strong emotions in causing hysteria in predisposed subjects; it highlights the fact that similar phenomena could be induced by hypnosis, and also attacks of hysteria could be altered by suggestion. Pierre Janet emphasizes narrowing of field of consciousness specific to hysterical manifestations, responsible for suggestibility and other aspects of these symptoms (Gelder et al., 1983).

French authors consider that hysteria is *the language of the unconscious which is expressed through the body to the extent that it becomes visible*, it's an *alarm signal without cry, a non verbalized request, a holocaust without apparent pain, but in which pain is involved in a bivalent form* (Gelder et al, 1983; Zamfirescu, 2007).

1885 is the year when Freud and Charcot, carefully bend on hysteria, and after 1895 Freud published works *About mental mechanisms of hysterical phenomena* and later *Studies on hysteria* (Freud, 2005) laying the foundation for psychoanalytic theory. Freud defined the concept of hysteria: *our hysterical patients suffer from reminiscences. Their symptoms are residues and mnesic symbols of certain experiences (traumatic)* and link manifestations to sexuality (Freud, 2005; Zamfirescu, 2007).

While Charcot had observed that at hysterics emergence of the physical syndrome led to the disappearance of anxiety and replacing it with *belle indifference*, Freud believes that this is an incarnation of anxiety into a body system (Freud, 2002; Zamfirescu, 2007).

Hysteria provides thus the model of mysterious jump of psyche into physical. Localization of somatic manifestations led to the appearance theory of *symbolic language of the organs* developed by Georg Groddeck (Constantinescu et al, 1989), while Alfred Adler talks about *organ inferiority*. Adler is the one that de-sexualizes the unconscious and adds the social dimension and sense of satisfaction/dissatisfaction in relation to other members of the community (Zamfirescu, 2007).

Hysteria as a reflex mechanism

Kretschmer, in 1961 defines the hysterical attacks as being *instinctive reactions performed by the nervous*

system to excessive stress, emphasizing the contribution of external factors and condition that can influence symptom duration and intensity. Persistence of events is related to two aspects, namely: getting an advantage from the symptoms and generating over time of a neurological mechanism through which the behavior constantly recurring becomes habitual (Gelder et al., 1983).

Hysterical manifestations described by Freud and Breuer studied patients *are affected by implicit memories of some events that cannot be remember clearly* (Freud, 2005). *Neuro Analiza*, tries to bring scientific arguments for the observed clinical manifestations and to avoid speculative route, (Peled, 2008) and highlights the role of processing early emotion, experienced by children up to 2 years. Immaturity of the prefrontal cortex makes, that based on these early emotions, to form neural schemes in areas of emotional response (amygdale, basal ganglia, hippocampus), which does not involve the participation of higher brain structures (Gainotti, 2006; Peled, 2008).

Laterality of the conversion manifestations, as demonstrated by Stern in 1977, shows that the asymmetry of conversion symptoms is related to different organization of the left and right hemispheres, and not on the level of involvement in activities of the two parts of the body. Thus, both left and right hand patients who presented symptoms with hysterical component describe in higher proportion conversion symptoms in left body regions (Stern, 1977).

Hysterical syndrome, as exists in psychiatric practice is *a complex of symptoms in the field of motility, sensorial, speech, visceral vegetative functions and psyche, symptoms having the common characters :*

- *emotional origin (psychogenic),*
- *atypical (compared with organic syndromes),*
- *theatricals and demonstration,*
- *complete and rapid reversibility,*
- *suggestibility by environmental attitude or suggestion* (Constantinescu et al., 1989).

In clinic hysterical manifestations do not belong to a single mental illness, hysterical syndrome may occur in different clinical circumstances with progressive degrees of severity and duration, defined as Hysterical reaction, Hysterical neurosis, Neurotic development, Disharmonic psychopathic personality development and Hysterical psychosis (Milea, 1988).

We are dealing with a psychopathological syndrome rather than a unitary clinical entity, with an inexhaustible variety of manifestations, more or less paroxysmal (Milea, 1988), including excito-motor crisis, paralysis, anesthesia, abnormal movements, sensory manifestations and sensory somato-visceral disorders (disorders of phonation, vomiting, dysphasia), neurovegetative disorders or algiae (pain) with different localizations, amnesia, run, twilight states, Ganser syndrome (Dobrescu, 2010).

Hysterical child has some characteristics that may be useful in specifying the diagnose: suggestibility, imaginative exaltation (the regression in reverse), theatrical expression with the desire to be admired, extreme sensitivity with emotional avidity, discontent with exaggerated reactions to the smallest frustration, superficial relationships, emotional oscillations with the difficulty of establishing normal emotional bonds with parents or others. This child lives disease with *belle indifference* for what it offers (Dobrescu, 2010). However hysterical symptoms are rarer in children under 10 years than in adolescence, where the frequency of this symptom is similar to that seen in adults (Marcelli, 2003).

In young children, hysterical manifestations often take the form of a motor symptom which exists quasi-constant in close entourage: limping of a parent, a motor deficit of a grandparent, motor disability of another family. At this age category, when family interview cannot lead to the identification of a similar context and cannot identify the secondary benefit is recommended to use with caution diagnosis of conversion and carry out a somatic thorough balance (Marcelli, 2003; Dobrescu, 2010).

Episodes of loss of consciousness, syncope, various forms of narrowing of conscience, vertigo, parenthesis, headache or algae with other localizations - require a thorough differential diagnosis of epileptic syndromes and with other neurological disorders, especially since the coexistence of epileptic crisis and hysterical manifestations in the same patient is not unusual. EEG can help establishing the diagnosis although there are some studies that have shown that transient localized discharges can occur predominantly in the frontal lobe, or with diffuse character during the manifestations of psychogenic origin (Ramchandani et Schindler, 1993).

Some syndromes described by classical psychiatry have been taken entirely under the form of diagnostic criteria. Others have changed, others have been

assimilated to other entities or even removed from the list of disorders. In the case of Neurasthenia, which was included in DSM I (under the name of Psychological reaction of the nervous system) and DSM II (as Neurasthenic neurosis), but never been found in DSM III and DSM IV (Sadock and Sadock, 2000). DSM IV-TR recognizes diagnostic entities that have as primary symptom a psychogenic expression, represented mainly by the somatoform and dissociative disorders.

Somatoform disorders include conversion disorder, somatization disorder, algic disorders, hypochondriasis, and somatiform phobic disorder. In somatoform disorders the patient has physical symptoms such as back pain or limb paralysis without apparent physical cause (DSM-IV-TR, APA, 2000)

Somatization disorders as well as conversion are usually conditions intensively investigated, especially because of the multitude of symptoms presented. EEG studies conducted by Pierre - Henry and his colleagues have shown, related ethiopathology of conversion disorder, using bipolar EEG derivatives, that there is (1) hypofunction in the dominant hemisphere, (2) a hyperactivity in nondominant hemisphere, and (3) abnormal inter-hemispheric relations. Especially to women, appears to be a secondary disorganization of non-dominant hemisphere, which in turn is able to produce characteristic somatic symptoms observed in a conversion reaction (Koles et Flor-Henry, 1981).

An EEG study of a woman with a hysterical paralysis on the left side was eloquent. Attempt to move the paralyzed leg has failed to activate right motor cortex. Instead, there were significantly activated orbitofrontal right cortex and right anterior cingulum which suggests that these two areas inhibit prefrontal cortex effects (willing), on the right motor cortex when the patient tries to move his left leg (Sadock and Sadock, 2000).

Dissociative disorders in DSM-IV-TR include dissociative amnesia, dissociative flee, dissociative identity disorder, depersonalization disorder and other dissociative disorder not otherwise specified (DSM-IV-TR, APA, 2000) In many cases, dissociation mechanisms are related to an avoidance of responsibility with regard to a given situation. The etiology involving exposure to a event with traumatic valence. Intensity, duration and age at which exposure to the traumatic event took place seem to be critical factors in the development of dissociative amnesia, in general, the stronger, the longer and the earlier was

exposure, the more severe will be amnesia (Sadock and Sadock, 2000; Prelipceanu, 2003).

Dissociative flee may be understood as a state of amnesia in which forbidden wishes can be expressed symbolically and which protect their self's. The relationship between the occurrence of these disorders and stressful event is evident if we consider the significant increase in the prevalence of these disorders during the World War II (Sadock and Sadock, 2000).

Histrionic personality, Narcissistic personality, Borderline personality described in DSM IV-TR as personality disorders belonging to Cluster B are characterized by the dramatic pattern, emotional and disorganized / unpredictable (DSM-IV-TR, APA, 2000), characteristics superposable those of classical hysteria (Prelipceanu, 2003) ; generalized grandeur (in fantasy or in behavior), need for admiration, lack of empathy are common expressions of attention directed towards themselves, most narcissistic people are talented, beautiful, or very intelligent, these characteristics constituting the nucleus around which is organized the feeling of being different, special, their common characteristic is represented by the use of dissociation, denial, splitting and transitions to act – as defensive mechanisms (Sadock and Sadock, 2000).

BIBLIOGRAFIE / BIBLIOGRAPHY

1. ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fourth edition, Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association (2000), Washington, DC.
2. Constantinescu G N, Ciurezu T, Sirbulescu T (1989). Sindroame psihopatologice în: Predescu V (sub red), Psihiatrie, vol 1, Editura Medicala, Bucuresti, 262 -264.
3. Dobrescu I. (2010). Manual de psihiatria copilului și adolescentului, vol 2, Editura INFOMedica, Bucuresti.
4. Freud S. (2005) Studii despre isterie. Editura Trei, Bucuresti
5. Freud A. (2002) Eul și mecanismele de aparare. Editura Fundatiei Generatia, Bucuresti
6. Gelder M, Gath D, Mayou R. (1989) Tratat de psihiatrie, Oxford University Press, Oxford
7. Gainotti G. (2001) Components and levels of emotion disrupted in patients with unilateral brain damage, in: Boller F, Grafman J (Eds), Handbook of neuropsychology, vol 5, 2nd ed, Elsevier, Amsterdam, 161–180
8. Sadock B, Sadock VA (2000) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edition, Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 3340- 3368
9. Gainotti G (2006). Unconscious Emotional Memories and the Right Hemisphere in Mancina M. (ed) Psychoanalysis and Neuroscience, Springer-Verlag, Berlin.
10. Koles Z J, Flor-Henry P (1981). Mental activity and the e.e.g.: task and workload related effects. Medical & biological engineering & computing ;19(2):185-94.
11. Marcelli D (2003). Tratat de psihopatologia copilului. Editura Fundatiei Generatia, Bucuresti, 350-372.
12. Milea S (1988). Psihiatria copilului și adolescentului, în: Meilă P și Milea S (sub red), Tratat de Pediatrie, vol. 6, Ed. Medicala, București, 256-643
13. Peled A (2008). NeuroAnalysis. Bridging the gap between neuroscience, psychoanalysis, and psychiatry, Taylor and Francis Group, London, 3-40.
14. Prelipceanu D. (2003). Psihiatrie. Note de curs. Editura INFOMedica, Bucuresti, 38 -105.
15. Ramchandani D, Schindler B (1993). Evaluation of pseudoseizures: a psychiatric perspective. Psychosomatics, 34: 70-79.
16. Stern D (1977). Handedness and the lateral distribution of conversion reactions. J Nerv Mental Disorders, 164: 122–128
17. Zamfirescu V D (2007). Introducere în psihanaliza freudiana și postfreudiana. Editura Trei, Bucuresti.

CONCLUSIONS

Terms of Hysteria is now used in everyday language, has a pejorative connotation and stigmatizing, in connection with a state of extreme nervous excitement manifested by a violent behavior and lose control over yourself. Today medical world use the term with caution to avoid stigma, preferring the psychogenic, convenient alternative to avoid *Hysteria*.

Psychiatric clinic can combine today the psychoanalytic concepts with neuroimaging evidence to explain the symptom, involving human psyche in development of cerebral structures being substantiated scientific.

Large clinical variability of hysterical symptoms, in the context of the current need of separating diagnostic entities as individuals, has made that the features of the syndrome defined centuries ago to form the basis for many diagnostic codes listed in DSM IV and ICD 10 classifications disorders. However, beyond the diagnostic criteria, psychiatric practice requires multidimensional assessment of the patient, therapeutic approach being directly related to the mechanism of occurrence of pathological condition.