

Întâlnirea 1/13.11.2025

Cerc de psihopatologie, prezentări cazuistice

Prezentare de caz Dr. Cantemir Leahu

– Tulburare de personalitate de tip histrionic; Tb depresivă recurentă ușoară (corelația dintre fundalul personalistic particular și episoade psihopatologice)

Prof. M Lăzărescu - Scurt comentariu despre Tb de Personalitate Histrionică

Prezentarea cazului :

Date generale

Pacienta L.R., de sex feminin, în vârstă de 59 de ani, domiciliată în Timișoara (locuiește cu soțul), pensionată pe motiv de boală, cu istoric psihiatric din 1997 cu multiple recăderi, este internată la Centrul de Sănătate Mintală Timișoara între 17.09.2025 și 19.09.2025, pentru evaluare psihiatrică și psihodiagnostică, în contextul accentuării simptomatologiei anxios-depresive și al manifestărilor de tip histrionic, cu un tablou psihopatologic dominat de : dispoziție disforică alternând cu dispoziție tristă, elan vital scăzut cu mobilizare dificilă înspre act, restrângerea sferei de activități și interese, labilitate afectivă, iritabilitate și irascibilitate, toleranță scăzută la frustrare, tensiune intrapsihică, ruminatii pe teme existențiale și tema bolii, anxietate de sănătate, lamentativitate, multiple acuze somatice nesistemizate (cefalee, lombalgii, vertij), tulburări mnezico-prosexice, tulburări hipnice.

Antecedente heredo-colaterale: fratele și mătușa decedați din cauza cancerului de colon, tatăl cu fibrilație atrială, decedat din cauza unui infarct miocardic. Fără patologii psihiatrice în familie.

Antecedente personale, fiziologice și patologice: o singură naștere pe cale naturală, fără complicații. Este diagnosticată cu următoarele patologii somatice: cardiopatie ischemică, hernie de disc, nevralgie Arnold, histerectomie totală, steatoză hepatică, colecistectomie.

Neagă consumul de toxice

Istoricul bolii: a debutat în 1997 la nivel ambulator datorită anxietății, insomniei și neadaptării la locul de muncă. Urmează tratament intermitent cu antidepressiv (multiple scheme terapeutice), afirmând „știu eu când e mai bine să iau tratamentul, oricum nu mă poate face bine, dar mă ajută puțin, deși cea mai mare luptă tot eu o duc cu tristețea sau insomnia”. Se conturează diagnostice multiple printre care „Tulburare depresivă recurentă, Tulburare anxios-depresivă, tulburare de somatizare”. Este dispensarizată și neurologic cu multiple diagnostice, investigații la mulțimi de medici și clinic și cu tratament urmat parțial din motiv că „ei nu înțeleg cât de tare mă doare spatele, capul, cum funcționez eu, chiar dacă le explic. Îmi dau tratamente ca pentru toată lumea, fără se se intereseze așa cum ar trebui de mine. Îți pun 2 trei întrebări și gata.”

Diagnosticul principal stabilit este **Tulburare mixtă de personalitate (F61)**, cu trăsături predominant histrionice, asociată cu tulburare depresivă recurentă, episod ușor (F33.0) și tulburare cognitivă ușoară (F06.7).

Istoric de viață

Pacienta s-a născut în localitatea Comloșu Mare, județul Timiș, într-o familie legal constituită. Mama, muncitoare la „Electrotimiș”, este descrisă de pacientă ca fiind „o persoană rece, foarte dură”, față de care s-a simțit „neînțeleasă și criticată”. Relația maternă a fost marcată de tensiuni afective și nevoia constantă de aprobare “eram o fată ascultătoare, dar mama mă pune mereu să fac ceva și nu era niciodată bine”. Tatăl, macaragiu, este perceput ca „un om bun, blând”, față de care pacienta a avut o afecțiune specială.

Pacienta are o soră mai mică, cu care menționează o relație apropiată în copilărie, dar și rivalitate afectivă “voiam să fiu copilul preferat, dar ea tot timpul era mai bună, mai muncitoare sau mai deșteaptă ca mine. Asta mă exaspera, o uram puțin”. Se descrie ca fiind un copil „cuminte, emotiv și dornic de atenție”, remarcându-se prin expresivitate, sensibilitate emoțională. Avea mulți prieteni și descrie copilăria ca fiind una fericită, în ciuda unor lipsuri materiale. Pacienta insistă pe aspectele pozitive ale vieții de copil (libertatea, faptul că avea prieteni mulți și era chemată să se joace), fiindu-i greu să vorbească despre aspectele negative. După o discuție lungă încerc să aflu despre relația cu fratele ei, decedat în

adolescență. Răspunde sec „a trecut mult timp de atunci”. Un răspuns similar a fost și când am vorbit despre moartea tatălui, mai târziu, despre care a relaționalizat-o spunând” oricum era bătrânși avea probleme cu inima”. Nu s-a arătat în acel moment atinsă de niciunul dintre aceste evenimente, părând distanțată de ele, ca și cum s-ar fi petrecut acum mult timp iar acum nu mai sunt relevante.

A urmat școala generală și liceul în Timișoara, cu rezultate bune, dar menționează dificultăți de adaptare și conflicte cu colegii, pe care le atribuie „invidiei și neînțelegerii lor, dar -oricum m-am înțeles cu toată lumea”. Una dintre frustrările adolescenței a fost că nu a reușit să își facă un iubit „deși aveam multe prietene, băieții nu mă plăceau. Pierderea lor”. Insistă în continuare pe aspectele pozitive” fiindcă eram la internat nu mă mai puteau controla părinții, ieșeam cu colegele la film, în oraș. A fost o perioadă bună. Nu a urmat studii superioare.

De-a lungul vieții a avut numeroase locuri de muncă, fără o stabilitate profesională îndelungată: a lucrat la poștă, într-o fabrică de jucării și ulterior în domeniul hotelier, dar s-a declarat adesea „nemulțumită și neapreciată”. Peste tot își făcea ușor prieteni, îi plăcea contactul uman, însă nu poate să îmi spună despre niciun prieten apropiat, pe care să îl cunoască profund. Însă, la fel de ușor intrăși în conflicte când este rugată să muncească mai mult, să ajute suplimentar colegii. Ultimul loc de muncă, la fabrica de jucării i-a produs o nesatisfacție deosebită, menționând că îi lipsește contactul uman, mai ales cel pe care l-a avut când a lucrat la hotel, iar cerințele de performanță sunt tot mai mari.

relații de durată !! căsătorie !! relația cu partenerul...

În jurul vârstei de 30-31 de ani încep să apară și simptomele de astenie, insomnie, nemulțumire, iritabilitate și toleranță scăzută la frustrări, dispoziție tristă alternând cu disforie, apărute în contextul nașterii primului și singurului copil „Când a fost mic mi-a mâncat viața, chiar dacă îl iubesc, nu mai puteam să am timp pentru mine deloc. Nu am mai putut să dorm. Soțul parcă a uitat de mine atunci. Am fost foarte supărată, iar nimeni nu mă ajuta. Parcă exista doar copilul pe lume”. A urmat tratament ambulatoriu cu multiple recăderi și complianța terapeutică parțială. Este ulterior pensionată pe caz de boală.

În plan afectiv, pacienta relatează debutul primei relații la 19 ani care a durat un an. Soțul l-a cunoscut la 25 de ani, iar după o scurtă perioadă de timp (câteva

luni) s-au căsătorit „atunci părea că este iubirea vieții mele, a fost ceva foarte intens, m-a cucerit fiindcă era bun, înțelegător, grijuliu și mereu mă asculta”. Actualmente, relația e marcată de conflicte. Interesul sexual e marcat diminuat, impresia ei despre soț fiind marcată de critică, chiar un ușor dezgust. Din discuția separată cu soțul ne relatează că „e nervoasă și trânteste lucruri prin casă, spune că nu o înțeleg și cât de greu e să trăiești cu durerile de spate și cap. Tot încerc să o mulțumesc și să o împac. Am învățat că cel mai bine e să tac și să nu o contrazic. Aș vrea doar să fie bine, să nu o mai doară nimic, îmi pare rău pentru ea”. Relația lor este marcată de supunerea soțului față de ea, o nemulțumire constantă și nevoia de asigurări și validare. În interacțiunea scurtă avută cu el, părea un partener grijuliu, dar care „nu mai știe cum să o mulțumească”

Examenul psihiatric actual

La internare, pacienta este cooperantă, orientată autopsihic, allopsihic și temporo-spațial. Prezintă o mimică hiperexpresivă cu gestică și atitudine teatrală, oftează frecvent, în special când vorbește despre „cât de greu îmi este și cât mă doare”. Tonalitatea vocii este variabilă, subliniind emoțiile relatate. Ținuta vestimentară este îngrijită, stilată, cu multiple accesorii.

Contactul verbal este facil, marcat de familiaritate, cu o neplăcere în a fi contrazisă și minimalizare opiniei celorlalți. Limbaj simplu, cu inflexiuni și pauze dramatice. Este ușor tahilalică și greu de întrerupt când vorbește.

Prezintă ușoare tulburări mnezico-prosexice.

În planul gândirii se remarcă rumațiile pe tema nosologică și exagerări „*mă doare de 10*, cel mai tare. Am fost la atâți neurologi și nimeni nu mi-a dat un tratament bun. Cât mai trebuie să sufăr?” deși în cursul interviului zâmbește dovedind o marcată discordanță între durerea exprimată și lejeritatea conversației-*la belle indiférance*. Exagerarea propriilor trăiri cu minimalizarea trăirilor celorlalți, „numai eu sufăr, soțul nu mă înțelege, mă trezesc noaptea și stau singură” lipsa speranței și pesimism „*viitorul nu are niciun rost și nu poate să se vindece*” cu *idei tranzitorii despre moarte în contextul suferinței somatice* „*mai bine aș muri decât să stau cu durerea asta, însă sunt prea lășă ca să o fac*”. Se remarcă tendința de autojustificare și de deplasare a responsabilității asupra celorlalți.

Afectiv se remarcă iritabilitate și toleranță scăzută la frustrări (este iritată imediat când un medic nu o aprobă sau o întrerupe, de la soț aflăm că „se enervează ușor, trânteste uși”) dispoziție tristă labilă alternând cu una disforică, tristețea fiind mai mult exprimată decât trăită efectiv (nu prezintă autoacuzare sau autodevalorizare, îi învinuiește pe alții pentru suferința proprie- medicii că nu o pot trata, soțul că nu o pot înțelege, fiul fiindcă nu comunică cu ea) suferința ei e prezentată într-un mod teatral și hiperbolic (cea mai năpăstuită, dureri insuportabile,) tensiune interioară, anxietate liber flotantă pe care nu le poate explica subliniind astfel contactul slăbit cu propriile trăiri.

Volitiv acuză hipobulie și fatigabilitate („nu mai îmi vine să fac nimic”) deși practică activitățile cotidiene ca gătit, făcut curat, ieșit la cumpărături, chiar afirmă că încă îi place să citească și să se uite la televizor.

În plan somatic acuză: cefalee, dureri în multiple zone ale coloanei lombare, paretezii nesistemizate.

Ritm nictemeral- insomnie mixtă

Personalitatea este marcată de nevoie crescută de recunoaștere și de a fi în centrul atenției, teatralitate, detașare emoțională datorită unei imaturități afective, rezistență la schimbare, agresivitate inhibată și exprimată pasiv-agresiv, tendință la exagerare și dramatizare, reglare emoțională defectuoasă.

Examinări psihometrice și interpretare

Pacienta a fost evaluată prin mai multe instrumente standardizate:

- Scala Beck pentru depresie (BDI-II) – scor ridicat (37), corespunzător depresiei severe, dar aceasta a fost autocompletată, însă cu tendință de exagerare a simptomelor, în contrast cu observația clinică și rezultatele altor scale. Ex mă simt trist tot timpul, nu mai obțin satisfacție din nimic
- Scala Montgomery-Åsberg (MADRS) – scor 12, indicând depresie ușoară, concordantă cu tabloul clinic observant, scala ce a fost aplicată de evaluator, pacienta admitând că nu e tot timpul tristă, dar că tristețea o copleșește atunci când apare

- Evaluarea psihometrică prin SCL-90 (Symptom Checklist) a evidențiat valori extrem de crescute pentru senzitivitate și somatizare, cu scoruri moderate pentru depresie și anxietate, și ușor crescute pentru obsesivitate și ostilitate.

Profilul general al scalei sugerează tendința pacientei de a exagera simptomatologia somatică și afectivă, aspect interpretat că o formă de comportament demonstrativ și nevoie de validare prin simptom.

- Scala Karolinska de personalitate (KSP) – evidențiază nivel crescut de anxietate psihică și somatică, tendință spre retragere și pasivitate, psihastenie ridicată- nesiguranță, autocritica și lipsa de energie dar și nivel moderat de ostilitate reprimată și iritabilitate. Contact slăbit cu realitatea, preferând să își creeze propriile versiuni, în special despre trecut, în care se vede plina de realizări și o viață împlinită

- Teste proiective (Rorschach, Szondi) – conturează un model structural cu sensibilitate afectivă ridicată, tendință spre teatralizare, expresivitate emoțională amplă, dar și agresivitate indirectă și nevoia de control asupra mediului.

- MMSE = 23, indicând o ușoară afectare cognitivă (atenție și memorie).

Diferențele dintre autoevaluare (Beck, SCL-90) și evaluarea obiectivă (MADRS, observație directă) indică discrepanța între percepția subiectivă amplificată și severitatea reală a simptomelor, reflectând teatralismul și hipersensibilitatea emoțională caracteristice personalității histrionice.

Interpretarea integrativă a rezultatelor relevă o personalitate hipersensibilă, egocentrică, cu trăsături demonstrative, preocupată de propria imagine, cu fragilitate emoțională și dependență de validare externă.

Scurt comentariu despre Tb de Personalitate Histrionică

(în marginea prezentării unui caz cu episoade depresive medii la o personalitate cu trăsături histrionice)

După ce în medicina occidentală HYSTERIA a fost comentată timp de peste 2000 ani cu diverse decupări simptomatice și interpretări, spre sfârșitul sec XX sistemul de diagnostic american DSM-III (1980) a circumscris...- printre cele câteva categorii nosologice categoriale bine delimitate și care nu au tranziție între ele și cu normalitatea -, trei configurații ce derivă din această istorie:1/ Tb Disociative (Capitol distinct). 2/ Tb conversiv-corporale pseudoneurologice (incluse în Cap Tb somatoforme).3/ Tb de Personalitate (TP) Histrionică –(inclusă în Cap Tb. de Personalitate). Sistemul Internațional de diagnostic medical al OMS – ICD(2019) a menținut însă reunite grupajele 1/ și 2/ de mai sus, dar a comentat și el distinct TP Histrionică.

Tb. de Personalitate Histrionică e caracterizată în DSM III-5 prin: -Atragerea atenției celorlalți asupra să printr-un comportament hiperexpresiv, provocator, neadecvat, inclusiv sexual; -Îmbrăcăminte stridentă, mimică ce atrage atenția - Autodramatizare, teatralitate, exagerarea expresiei emoționale; -Consideră relațiile apropiate mai intime de cât sunt de fapt..-Are gesturi teatrale, vorbire afectată.

Un comentariu psihopatologic antropologic al TP Histrionice necesită prezentarea caracterizărilor ce i s-au făcut tradițional, raportarea să la celelalte tipuri reunite de DSM-III-5 în clusterul B, și corelarea ei cu manifestări clinice derivate din tradiția Histriei .

Încă din vremea lui Charcot, în sec XIX, histericele au fost comentate că având un imaginar bogat și o sugestionabilitate crescută. Pe parcursul sec XX abordările „constituției histerice,..” ale psihopatului „geltsuchtige,, (Kurt Schneider) și a unor personalități similare, au configurat un profil special de personalitate hiperexpresiv captativă, cu mai multe fațete. Abordarea sistematică pe care o face DSM-III prin plasarea în clusterul B a TP Histrionice (alături de TP Antisocială, Borderline și Narcisistă) și cercetările personologice din ultimele decenii privitoare



Clusterul C al TB e în ansamblu caracterizat prin „extraversie,, ..printr-o crescută sociabilitate (gregară), dar lipsită de intimitate și empatie. Cele 4 TP plasate aici au fiecare o arie specifică de relaționare interpersonală disfuncțională:

TP Antisocială, prin comportament dominator, manipulator, exploator agresiv (uneori sadic) cu încălcarea sau neglijarea drepturilor persoanei.

TP Borderline, prin comportament instabil față e relativi apropiați – cu oscilații nemotivate între sumisiune, dominație, indiferență detașată, respingere, hetero și autoagresivitate - cu impulsivitate și adicție, cu disforie și vid interior

TP Narcisistă, prin grandiozitate egofilă..cu desconsiderarea altora, cărora li se pretinde adulația

T.P. Histrionică, prin hiperexpresivitatea teatral captativă, care-l plasează continuu în centrul atenției publice a altora, fie ei și anonimi. Atragerea și

menținerea atenției asupra să se realizează prin: - stridență comportamentală și expresivă (a îmbrăcăminte și podoabelor, mimico gestuale și a vorbirii..a relaționării în plan erotico sexual..prin acțiuni riscante spectaculare),..prin tendința de a induce admirația sau compătimirea.

Tendința histrionicului de a fi în permanență în centrul atenției altora contrastează cu modul retractil de relaționare specific al TP Evitante (senzitive). TP Histrionică a fost etichetată că și, cameleonică,, prin faptul că se adaptează felului de a fi al oricui (pentru a menține atenția acestora). Faptul că deseori acceptă să atragă atenția prin stârnirea mile și compătimirii, poate întreține un comportament de manifestare hiperexpresivă în aria simptomelor malade, ce induc statul social de „om bolnav,, ce merită oficial atenția, îngrijirea și compătimirea celorlalți. În acest sens, TP Histrionică. poate exagera sau prelungea simptomatologia clinică a unei reale boli, dincolo de intensitatea ei reală; și, desigur, el se manifestă tot hiperexpresiv și stârnind atenția compătimitoare a celorlalți, și în raport cu simptomele sale specifice de conversiune somatică (mutism,, amauroză,, surditate, hemipareze, parapareze etc). Această hiperexpresivitate captativă e de fapt o modalitate de comunicare...în lipsa unei capacități de reală empatie și acordare afectivă rezonant intimă cu altul. Subiectul cu TP Histrionică poate ajunge la ceea ce s-a numit „self pity ,, adică milă de sine („ce chinuit și nenorocit sunt!!!,,). Nu trebuie uitat nici că, cel puțin o parte din cazurile cu TP Histrionică, prezintă o sugestionabilitate crescută, care-i fac sensibili la a „prelua,, –prin imitație preconștientă „- simptome de la alte persoane, mai ales de la cei care-i impresionează mult.

Interferența TP Histrionice cu condiția de om bolnav, se poate manifesta prin accentuarea și permanentizarea unei simptomatologii organice, care-i asigură pacientului un statut oficial de compătimire și îngrijire, Faptul se cere avut în vedere în medicina generală, fără a anula însă, analiza atentă privitoare la realitatea efectivă a unei patologii somatice, chiar și „psihosomatice„. Tot în această perspectivă, se cere a nu se ignora interferența posibilă cu stările depresive – variat condiționate -..dar care se pot manifesta și că episoade dispoziționale endogene periodice în cadru unor oscilații endotime . Starea depresivă induce, prin definiție, nu doar unele perturbări corporale ce-i sunt specifice (spasme pe organele interne cavitare, predominant pe tubul digestiv.. reducerea imunității..), ci și repliază atenția subiectului pe sine însăși,, pe propria corporalitate.. reducând în același timp disponibilitatea să de a se îngriji pentru vindecare. În măsura în care intervine TP Histrionică - în conjuncție cu patologia exprimată corporal (efectivă, conversivă sau psihosomatică), cazul se cere analizat cu atenție.

Revenind la caracteristica de bază a TP Histrionice de se manifesta hiperexpresiv captativ, teatral, atrăgând atenția celorlalți asupra să,.. merită insistat și asupra unei alte observații tradiționale (făcută deja de Charcot), care constata imaginarul bogat al acestor persoane. Histrionicul poate pune în corelație imaginația să bogată nu dor cu universul bolilor – mai mult sau mai puțin reale ori închipuite -, ci și pentru a alimenta crescuta să abilitate de povestitor...astfel încât persoana poate atrage atenția celorlalți și prin faptul că povestește atractiv, întâmplările la care a participat. Multe din aceste cazuri se pot conjuga cu o crescută părere bună despre sine – în direcția TP Narcisiste -,...astfel încât... povestirile și relatările pot fi deformate imaginativ „confabulator„...subiectul autoprezentându-se altora în împrejurări și relaționări deosibite, care impresionează pe cei care-l cred.. stârnind admirația.(Confabulația se întâlnește și în Tb Disociative, compensând amnezia limitată sau selectivă). Unele cazuri de TP, orientate mai mult extravertit expansiv (în sensul ansamblului Cluster B din DSM-III-5), pot să se caracterizeze printr-o continuă „mitomanie„,..în sensul deformării realității prin relatări imaginar inventate. În acest sens s-au descris cazuri de „pseudologie fantastică„,..în care, subiectul relatează participarea să la evenimente, relaționări și realizări excepționale, fantastice, neverosimile, în care subiectul aparent crede. (Cazuri care, sunt distincte totuși de condiția delirantă în care subiectul e convins de o nouă condiție identitar personală..de „personaj dintr-un

scenariu fictiv,,); și deasemenea, distinctă de condiția „Psihozelor disociative,, care sunt mai recent comentate. În aceeași direcție, unele manifestări corelative imaginarului bogat și narativității atractive (și convingătoare), TP Histrionică se poate orienta spre profilul „psihopatului Cleckley – personalitate cu un farmec personal, care-și poate seduce....și apoi manipula, păcăli și escroca victima.

(Posedarea unui imaginar bogat și bine structurat poate fi privită și din perspectiva normalității, caz în care referința se îndreaptă asupra persoanelor creatoare, în artă sau în orice domeniu)

Comentariul de mai sus a TP Histrionice relevă faptul că, nucleul trăsăturilor ce caracterizează acest tip (hiperexpresivitate captativă teatral spectaculară ce continuu atrage atenția altora asupra să...cu imaginar bogat.. narativitate atractivă, uneori confabulatorie și de escrocare..alteori cu crescută sugestionabilitate imitativă).. se poate orienta spre cei doi poli verticali ai Circumplexului Interpersonal. Adică:

- atât în direcția inferioară a sumisiunii sugestionabile și imitative,.. cât și:
- în direcția superioară a afectivității manipulative de escrocare.

O astfel de polarizare e discernabilă și la alte modele tipologice de TP. De ex. la Suspiciosul paranoid – combativ, ce se poate polariza cu emotivul evitant (senzitiv relațional). Sau, în direcția TPOC, între Anancastul rigid și inflexibil, scrupulos și hiperordonator a toate... versus: Psihastenui indecis abulic, ce nu se poate hotărâ..verificând mereu. Astfel, tipologia categorială trebuie să nu ignore perspectivele dimensionale (în acest caz sugerat de polii Circumplexului Interpersonal).

Relațiile TP Histrionice cu alte Tb disociative

TP Histrionică are o importantă independență nosologică, putându-se însoți să nu de alte Tb. cotate că disociative: în sens identitar, al conversiei corporale sau psihotice. Un alt domeniu de interferență comentat destul de mult în ultimul timp e cel cu Reacțiile majore de după stress (prin semnificația de pericol) și traumă (în sens de relaționare interpersonală disfuncțională, în diverse împrejurări și de variate durate). Paradigmatică e Reacția de stres posttraumatic...ce se poate conjuga cu stări de transă diverse. O altă conjuncție particulară – și semnificativă -

e cu Sd Depersonalizare/Derealizare...care, deși în DSM -III-5 e plasat în acest capitol, se intersectează semnificativ cu anxietatea, depresia și cu problematica psihozelor în general; intervenind în tranziția spre delir – prin procesualitatea delirului primar; - și în tranziția spre simptomatologia psihotic negativă – în direcția unei „depersonalizări anonimizante,,. (în plus, Dep/Der se întâlnește frecvent în Bufeurile Psihotice scurte).

Tb disociative.

1/Tb. disociative de identitate: Amnezia disociativă (uneori ea se corelează cu deplasări și acțiuni necontrolate reflexiv, cu „fugi” sau „stări crepusculare de conștiință”). Tulburarea de transă constă într-o marcată alterare a stării de conștiință însoțită de o pierdere a sensului obișnuit al identității personale (o pronunțată îngustare a percepției ambiantei imediate., cu repetarea unui repertoriu redus și cu experiența că totul se petrece în afara controlului subiectului). Tulburarea de transă cu posesiune... o stare de transă în care sensul firesc de identitate personală e înlocuit printr-o “identitate care-l posedă”), Tulburarea de identitate disociativă subiectul resimte că are două sau mai multe stări de personalitate distinctă); (În ICD-11 se menționează și o Tb., de identitate parțială, în care există o personalitate dominantă și una secundară, ce se manifestă intermitent și intruziv). Tulburarea de depersonalizare/derealizare; Depersonalizarea se caracterizează prin experimentarea sinelui că straniu sau ireal, sau că simțindu-se detașat de el, că un observator exterior al propriilor gânduri, sentimente, senzații, corp, acțiuni. Derealizarea se caracterizează prin experimentarea altor persoane, obiecte și a lumii că stranie sau nereală (că în vis, distantă, că în ceață). Lumea apare că lipsită de viață, de culoare, sau distorsionată vizual; subiectul se poate resimți că detașat de ambianță. Testarea realității rămâne intactă.

2/ Simptome pseudo-neurologice (tradiționala conversie somatică). Acestea constau în simptome motorii, senzoriale și cognitive, care implică discontinuitatea involuntară a integrării normale a funcțiilor care nu au un suport organic: Tb.senzitiv-senzoriale vizuale, auditive, cu vertigo și amețeli; cu alte Tb. senzoriale;- crize de aspect epileptic; Tb de vorbire, Tb.cu pareze, Tb de mers, Tb. motorii de tip: coreic, mioclonic, tremor, distonie, spasm facial, parkinsonism;-

S.disociative cu simptome cognitive: cu deficit de performanță a memoriei, limbajului, cogniției (Sd. Ganser).

Psihozele disociative

Psihoza disociativă a fost comentată încă de Janet – în perioada lui Charcot – în corelație cu studiile sale privitoare la personalitățile multiple și la condiția psihopatologică a „disociației”, (care, de fapt, că și concept îi aparține,,). E citată concepția să biografică asupra unor stări psihotice care și-ar avea baza în unele evenimente psihotraumatice relaționale din viața intimă... ce sunt reținute de psihism, dar în arie neconștientă...ci refulate,...că un „eu secund”, (în sensul comentariilor lui Jung); că un „corp străin nemetabolizat intrapsihic,,...de unde pot dirija din umbră opțiunile și comportamentele...și...Pot reapărea în prim plan în unele condiții, acaparând psihismul – în condiții semi-onirice – inducând o stare psihotică. Ideea „zonelor preconștiente de acumulare,, a unor conflicte intrapsihice nerezolvate...a persistat în preocupările psihanalizei pe întreg parcursul sec XX. Ea s-a conjugat treptat cu ideea că.. și evenimente psihotraumatice „conștiente,, intense ale vieții cotidiene...pot fi astfel reținute preconștient. Mai recent, în acest sens au fost contabilizate și abuzurile intrafamilare din copilărie. Problema acestor psihoze disociative a preocupat intermitent unii psihopatologi după al Doilea Război Mondial, mai ales un grup de olandezi. Mai recent problema a fost corelată cu Reacțiile de stres posttraumatic intense și repetate.

Conceptualizare clinică actuală a psihozelor disociative are în vedere o condiție „psihotică,, în care domină o dedublare intrapsihică resimțită de subiect. Acesta simte că „în interiorul său mai există un subiect,, – o instanță personalistică interioară - care îl observă, îl comentează...și îl dirijează. Se înregistrează astfel frecvent simptome din grupajul celor etichetate că fiind „... de prim rang Schneider,,...incluzând halucinații auditive comentative și imperative. Deasemenea, se înregistrează halucinații vizuale pregnante, uneori fantastice și colorate...trăiri din aria depersonalizării și derealizării..o vigilitate insuficient de clară..reamintiri neplăcute (penibile).. uneori interferențe cu instanțe supranaturale. Comentariile nu circumscriu suficient de clar o „tematică delirantă „ specifică, în sens de nouă identitate relațională a subiectului.. cuprins, că personaj, în scenariile fictive;..ci, mai ales o replasare mnestică a subiectului în unele trăiri din trecutul său.

Accentul pe dedublarea intrapsihică cu relativ autocontrol, corelează parțial această conceptualizare psihotică cu tradiția parafreniei (cu a să „dublă contabilitate,, psihică); se discută și corelații și tranziții între psihoza disociativă și Stresul posttraumatic repetat. E posibilă și corelația cu TP Histrionică, dar fără studii foarte nuanțate în domeniu. Oricum e vorba de apartenența la același „spectru maladiiv,,.