



Modern faces of hysteria, or some of the dissociative disorders

Współczesne twarze hysterii, czyli niektóre zaburzenia dysocjacyjne

Alena Stefańska^{1BDEF}, Ewelina Dziwota^{2ABDEF}, Marcin Stefański^{2DF}
Alicja Nasiłowska-Barud^{1D}, Marcin Olajossy^{2AD}

¹- Department of Clinical Psychology and Cardiology, Medical University, Lublin, Poland

²- 2nd Department of Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation Medical University of Lublin, Poland

Abstract

The concept of "hysteria" comes from the Greek word "hystera" (uterus) and dates back to the time of Hippocrates, at least. Modern classifications differ regarding the area encompassed by the concepts of dissociation and conversion. Mental health professionals in the United States (DSM-5) use a standard classification of mental disorders codifying dissociative disorders as a distinct class of disorders, but subsumes conversion disorders under "somatoform disorders". The history of hysteria is as long as the history of mankind. Apparently, both the essence and mechanisms of dissociative disorders remain unchanged despite the fact that many years have passed. According to Owczarek et al., dissociative symptoms are caused by the malfunctioning of defence mechanisms and anxiety. This article provides an overview of the available literature on the etiology and pathogenesis of dissociative disorders as well as disorders such as amnesia, dissociative fugue, trance and possession.

Keywords: hysteria, dissociative disorders, amnesia, fugue, trance, possession

Streszczenie

Pojęcie „histeria” pochodzi od greckiego słowa „hystera” (macica) oraz sięga co najmniej czasów Hipokratesa. Współczesne klasyfikacje różnią się między sobą co do obszaru pojęć dysocjacja i konwersja. Amerykańska klasyfikacja DSM-V wyodrębnia zaburzenia dysocjacyjne, natomiast zaburzenia konwersyjne zalicza do „zaburzeń pod postacią somatyczną”. Historia hysterii jest długa jak losy naszej ludzkości i jak się okazuje, istota i mechanizmy powstawania zaburzeń dysocjacyjnych pozostały niezmiennie mimo upływu lat. Zgodnie z badaniami Owczarka K. i wsp., u podłoża objawów dysocjacyjnych leżą wadliwe funkcjonowanie mechanizmów obronnych oraz lęk. Niniejszy artykuł stanowi przegląd dostępnego piśmiennictwa na temat etiologii i patogenezy zaburzeń dysocjacyjnych a także zaburzeń takich jak: amnezja dysocjacyjna, fuga, trans i opętanie.

Słowa kluczowe: histeria, zaburzenia dysocjacyjne, amnezja, fuga, trans, opętanie

Introduction

The term hysteria is derived from the Greek word *hystera* (uterus) and dates back to the times of Hippocrates, at least. Although the term has been abandoned because of its ambiguity, nevertheless, it has played an important role in the history of psychiatry [1]. Moreover, the disorders which fall into this category are so interesting that they attract curiosity among both healthcare professionals and average members of society [2].

Modern classifications differ as to the area encompassed by the concepts of dissociation and conversion. The American DSM-V codifies dissociative disorders as a separate category but subsumes conversion disorders under "somatoform disorders". ICD-10, a classification that is still in use in Poland at the moment, groups dissociative reactions together with conversion reactions under one code, F44 [3,4].

Dissociation is defined as a loss of identity integrity, as well as memories, control of body movements, con-

sciousness, and perceptions. In dissociative disorders, conscious control over these functions is lost or compromised [1,3,5]. Distortions in the integration of memories result in a dissociative amnesia. On the other hand, dissociative fugue and dissociative identity disorder, occur as a result of poorly integrated identity. Disruptions in the integration of aspects of consciousness lead to states of possession and various dissociative trance states [2].

Etiology and pathogenesis

The history of hysteria is as long as the history of mankind. Apparently, the essence and mechanisms of dissociative disorders remain unchanged despite the passage of years. These disorders are psychogenic in nature; they are associated with the occurrence of severe emotional problems, traumatic events or disturbed relationships with other people [1].

According to contemporary literature, risk factors for developing a dissociative disorder, include genetic factors [6,7] and severe psychological trauma. Trauma is associated with difficult, unavoidable situations which cannot be resolved or opposed against. Among the causative factors, there is also severe psychological trauma that may occur as a result of a direct threat to health or life [1]. The literature most frequently mentions traumatic experiences from early childhood [8], a dramatic loss of loved ones [9], violence [10], sexual abuse, catastrophes, war, natural disasters, traumatic experiences associated with pregnancy and the perinatal period [6], and protracted interpersonal and intrapsychic problems. [7,11,12,13,14,15]. According to Janet, overly strong emotions felt as a result of traumatic experiences lead to the detachment of these experiences and their transfer to the subconscious [6,16]. Torn from under the control of personality, psychological functions become autonomous. Dissociative symptoms become involuntary and take control over an individual's behavior [1]. In literature, this mechanism of detachment is referred to as dissociation. Freud was one of the first researchers to observe that extremely difficult, "unbearable" content and emotional reactions were transformed into dissociative symptoms [16]. The clinical picture of dissociative disorders is characterized by significant variability and diversity of symptoms. Accordingly, "hysteria" was once dubbed "the great simulatrix". Due to diversity of symptoms, hysteria can mimic a variety of diseases. Medical examinations, however, do not confirm the existence of any known neurological or somatic diseases in "hysteria" patients [5]. Despite some similarities to simulation, dissociative symptoms are conditioned by a mechanism the patient controls independently of their own will [2]. The patient "escapes into disease" which means they are taking up the role of a patient to gain certain benefits. Initially, they transform unacceptable content with high emotional load into somatic symptoms. Sometimes, symptoms of a somatic nature may have some symbolic meaning. Secondly, the patient gains attention from others and is exempt from their social roles or functions, as these have proven too difficult for them to perform [1, 4].

Immature defence mechanisms against a traumatic situation or intrapsychic conflict play an important role in the etiopathogenesis of this class of diseases [4,17]. According to a study by Owczarek et al., dissociative symptoms are caused by the malfunctioning of defence mechanisms and anxiety. The malfunction of defence mechanisms associated with internal tensions and conflicts is a source of depression, guilt and helplessness. [17]

Dissociative amnesia

The DSM-5 and ICD-10 define dissociative amnesia as the inability to recall important personal information,

not related to normal forgetfulness, often associated with trauma. Partial or complete memory loss about one's past, identity and most recent events, i.e. it encompasses disturbances of episodic memory [1,2,3]. Memories in amnesia are not so much strange or distorted, as separated from one another [2]. Difficulties in recalling information make the impression of being caused by the patient's desire to move away from the traumatic events. The information that is deemed threatening is repressed and becomes inaccessible, although memory of emotionally neutral events may be preserved [1, 5].

Dissociative amnesia is believed to be the most common dissociative disorder. The prevalence of amnesia is approx.1.8% [2]. There are different types of amnesia: retrograde, anterograde (rare in dissociative disorders), partial and full (generalized). Although amnesia generally lasts for a short time [5,13], there are also cases of patients suffering for months or even years [1].

According to the various authors, the right prefrontal cortex is the brain area that plays a very important role in both encoding and retrieving information from episodic memory. A recent study on patients with dissociative amnesia which describes hypometabolism within this region seems to confirm this claim [13]. Some researchers suggest that in the case of retrograde amnesia, memory of past events is not lost, but conscious access to it is blocked. Studies by Anterion et al. point out the role of the right posterior medial temporal cortex in the development of dissociative amnesia. Brain activity can return to normal functioning after a memory recovery. The results of the investigations mentioned above also show that these defence mechanisms have some protective role, which may lead to a kind of neurological "inhibition" in a psychologically traumatic situation [13].

The literature repeatedly stresses the importance of dissociation as a defensive coping strategy. It has been observed that a person may, in a way, lose the ability to visualize in order to protect themselves from the effects of a traumatic event. Amnesia along with an identity loss can be compared to a repressive psychological mechanism [13]. Sharma et al. report a case of an individual who suffered from amnesia with dissociative fugue after leaving their partner. The patient said he "had lost everything, shame, guilt, being rejected, and wished to be a new man", so that he could be accepted by his former partner [11]. Earlier studies report cases of fugue caused by psychosocial stressors. In a study by Spiegel et al., persons susceptible to dissociative symptoms were observed to have difficulties expressing their own opinions; they were also prone to mindless obedience and showed high sensitivity to lack of acceptance and rejection [2].

The literature puts forward a hypothesis according to which changes in consciousness and memory might be

due to intensive release of hormones and neurotransmitters involved in the stress response, which leads to the activation of the sympathetic nervous system [13]. The authors of the paper entitled "Missing memories of death: Dissociative amnesia in the bereaved the day after a cancer death" describe a case of dissociative amnesia in mourning. The death of a loved one is so traumatizing that it has been recognized as one of the possible causes of amnesia [9].

Somer et al. analyzed the relationship between exposure to violence and dissociative symptoms in a variety of study groups, including a group of eighty Arab and Israeli women victims of violence. They conducted structured interviews, using the Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS), the Dissociative Trance Disorder Interview Schedule (DTDIS), and the Dissociative Experiences Scale (DES). The results confirmed the initial assumptions: as many as 91% of affected women had dissociative symptoms. Moreover, as many as half of the women presented symptoms consistent with dissociative amnesia and depersonalization. These results confirmed previous conceptions about domestic violence victims' vulnerability to all kinds of dissociative psychopathologies [10].

A study by Ural et al. assessed childhood trauma history, dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with panic disorder. The study involved 92 drug-naïve patients, who had been diagnosed with panic disorder. The participants were evaluated using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D), the Dissociation Questionnaire, the Panic and Agoraphobia Scale, the Panic Disorder Severity Scale, and the Childhood Trauma Questionnaire. Many patients (19%) were diagnosed with a comorbid dissociative disorder (dissociative amnesia, depersonalization disorders). The patients' scores on all Childhood Trauma subscales were correlated with the severity of symptoms of dissociation and panic disorder. The strongest association was observed with Childhood Emotional Abuse. An analysis of the results of the study confirmed the relationship between childhood experiences of emotional abuse and severity of panic disorder on the one hand and dissociative disorders, on the other [8].

Most cases of dissociative amnesia resolve spontaneously. In order for this to happen, the patient has to stay in a psychologically safe environment and the threat must be removed. Post-treatment interviews have not identified any effective pharmacological methods for treating dissociative amnesia, with the exception of the use of barbiturates and benzodiazepines. In case a safe environment is not sufficient for the dissociation to resolve, psychotherapeutic intervention is necessary. By working through the emotionally aggravating events with the aid of a therapist, the patient achieves integration of memories in their mind [2,11,14].

Fugue

Dissociative fugue is a rarely reported diagnostic entity. It is one of the least known and most fascinating mental health disorders. According to the DSM IV, the predominant disturbance in fugue is sudden, unexpected travel away from home or workplace, coupled with the inability to remember one's past. Sometimes, a patient may adopt a new identity, but the new identity does not alternate with the old one, as is the case in dissociative personality disorder. Fugue differs from other mental disorders in that the patient's behavior is both organized and deliberate [2,7,11].

The DSM-5 does not classify dissociative fugue as a separate diagnostic category but rather as a subclass of dissociative amnesia. This revision emphasizes the importance of amnesic changes both in the case of dissociative amnesia and fugue [18]. The prevalence of dissociative fugue is very low and has been estimated at 0.2% [11]. Incidence rates increase during wars, accidents and natural disasters [7]. Fugue is usually described in adults. Most episodes occur in the second to the fourth decade of life. They are often associated with a traumatic event or a painful loss. This disorder can last for several hours, days, weeks or even months [2,5,12].

According to the various authors, some individuals show bizarre, disorganised or even dangerous behaviors during fugue. Glisky et al. have reported a case of fugue in which the patient both lost their own memories and biographical facts, as well as they were unable to speak their mother tongue [2,12]. Załuska et. al. have described a case of dissociative fugue in a maternity ward patient. She unexpectedly left the hospital taking the newborn baby with her. Soon, the child was found in the hospital car park and the mother – in a nearby park. The patient downplayed the incident associated with memory loss and inability to consciously control the conduct. Her emotional condition did not indicate that she cared about having posed threat to the life and health of her child, even though she declared interest in the newborn child. This case is an example of a situation in which there is an interaction between psychological risk factors for perinatal stress disorders and cognitive dysfunction in the mother. The patient's immature defence mechanisms, previous traumatic experiences (perinatal loss, threatened pregnancy, a birth defect in the newborn child), and perinatal stress have all ultimately led to amnesia, loss of identity integration, perception and conscious control of behavior [6].

Various authors have repeatedly pointed out depression [12,14] as a disease co-morbid with dissociative fugue. Raval et al. presented a case of a fugue patient diagnosed with major depressive disorder. The patient was a young man who have "traveled" as many as eight times over the previous one and a half years even though he had never been treated for similar

disorders before. Dissociative fugue can be manifested by recurrent episodes which can last from several days to several months [12]. Symptoms of mood disorders and suicidal thoughts had been reported in earlier case studies. For example, one study described depressive symptoms in a Nigerian medical student with dissociative fugue. The patient showed disturbances of perception and complained about derealization and suicidal thoughts [15].

In the literature, there are also reports of personality traits, coexisting disorders and methods of treatment of people with dissociative fugue. The effectiveness of mindfulness-based supportive therapy was investigated in a study of three patients with dissociative fugue [14]. The following methods were used to develop a psychological diagnosis: the Catell 16 Personality Factor Questionnaire, Sacks Sentence Completion Test, Rorschach Test, Beck Depression Inventory, and Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory. In order to exclude any neurological factors as a possible cause of the dissociative symptoms and to assess the patients' cognitive functioning, the authors used the NIMHANS Neuropsychological Battery. According to their data, all three patients were introverts, feeling lonely and helpless. Other than that, they had a tendency to internalize painful experiences. The subjects had moderately severe depression and high levels of both trait and state anxiety. The study also confirmed the finding of earlier reports showing that episodic memory loss does not affect procedural and semantic memory [14].

Fugue treatment includes removing the patient from the threatening environment and providing psychological support. The best method of treatment is psychotherapy, including cognitive psychotherapy, trauma psychotherapy and hypnosis [2,11,19].

Trance

According to the DSM-5, dissociative trance is a condition "characterized by an acute narrowing or complete loss of awareness of the immediate surroundings. It manifests itself as a profound unresponsiveness or insensitivity to environmental stimuli". These symptoms might be accompanied by minor stereotyped behaviors (e.g., finger movements) that the person is both unaware and unable to take control of, as well as transient paralysis or loss of consciousness. The dissociative trance is not a normal part of commonly accepted collective religious practices or other practices characteristic of a given culture [20].

Most researchers agree that the most common clinical features of trance include amnesia, emotional disturbances and identity loss. [2]

There are two types of trance: shallow trance induced by using drugs and other psychogenic substances,, hallucinogenic herbs, mushrooms and infusions, as well as natural trance brought on by rhythmic music. [21]

Ericksonian approach to diagnosis takes into account trance phenomena, which are divided, according to their impact on experience, into those which create experiences (positive hallucinations, age regression, post-hypnotic suggestion, automatic writing), those which delete experiences (negative hallucinations, amnesia, analgesia) and those which distort experiences (time distortion, analgesia, memory revivification, catalepsy, dissociation) [22]. The categories of trance and possession in dissociative trance disorders represent by far the most prevalent type of dissociative disorders in the world.

In various cultures, trance states are induced during ceremonies and rituals. They are brought on by repeated rhythmic sounds such as those produced by drumming. People also drop into trance after taking narcotics, usually hallucinogens [21]. Dissociative symptoms are commonly understood as an expression of despair, and so, for example, studies conducted in Singapore have showed that the major stressors associated with the development of dissociative trance were problems associated with compulsory military service, religious and cultural conflicts, lack of domestic harmony and unhappy marriage. In South Africa, in turn, dissociative trance was observed to be caused by major depression and grieving over the loss of loved ones.

Welcz, who conducted participant observations of trance phenomena in the traditional Polish rural dance culture, found that Polish dances such as the *mazurek* or the *oberek*, performed with a suitable musical accompaniment, also contained trance-inducing elements. They could also play a therapeutic role by allowing the performer to experience the state of catharsis. The sensations which accompany spin dancing perhaps are not so deep as those characteristic of typical trance phenomena, but they share certain features of the altered states of consciousness, which include changes in emotional expression, time distortion, loss of control of reality and the feeling of being in specific contact with nature and other people [23].

Prochwicz and Sobczyk, in their article "Manie taneczne. Między kulturą a medycyną" ["Dancing manias. Between culture and medicine", in Polish], describe cases of medieval dancing manias, which were an example of collective hysteria. This type of choreomania was defined in the nineteenth century as a psychophysical disorder which was manifested by an irresistible need to dance and a pathological love of music, in which the will, intellectual ability and moral sentiments did not function properly. Dancing manias first appeared in Europe on a larger scale in the thirteenth century and were observed for nearly the next 400 years. They were accompanied by some physiological symptoms such as headaches, chest pains, hyperventilation, convulsions, general weakness, shortness of breath, and loss of appetite. To be affected by the mania, an individual did not have to come in physical

contact with the manic dancers; he/she could be seized by a compulsion to dance on merely observing the symptoms manifested by others or as a reaction to the sounds of music. According to eyewitnesses, the dancers lost consciousness and sank into a dissociative trance, giving the impression of being wild or crazy; they had visions, hallucinations and delusions and were unable to control their own behaviour. Such dancing manias had a psychotherapeutic function. They allowed the participants to deal with their sense of social maladjustment, a sense of guilt and sinfulness [24].

Possession

In psychiatric practice, the basic diagnostic criterion for possession is the patient's conviction that they have been possessed by some alien force or spirit [25]. The customary sense of personal identity is replaced by a new identity. The conviction of being possessed may accompany the patient from the very onset of an episode of this mental disorder, but can also appear later, under the influence of the diagnosis made by the people in his/her surroundings [26].

Until the eighteenth century, the phenomenon of possession had been commented upon and interpreted mainly by theologians. Due to that, people who were considered to be possessed were subjected to exorcisms. In the nineteenth century, attention was drawn to the similarity between possession and hypnotic states induced by suggestion. In the late nineteenth century, physicians who practised hypnosis, such as Charcot and Janet, noticed that possession phenomena were governed by the same mechanisms as hysteria. In the second half of the twentieth century, attempts were made to explain trance and possession phenomena by psychological mechanisms [27].

Current research shows that evaluation of the phenomenon of possessions is connected with serious diagnostic problems. In 1992, possession was recognized by the World Health Organization (WHO) as a specific type of dissociative disorder. The 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) introduced a separate category of trance and possession disorders, coded as F44.3. The diagnostic criteria are as follows: no confirmation of physical conditions that could be the cause of the characteristic symptoms of the disorders (but the patient may have somatic complaints causing other symptoms); a convincing time relationship between the onset of symptoms and stressful events, difficulties or needs; the possessed person is convinced that some spirit, force, deity, or other person have taken control over their mind. these states are undesirable or troublesome and occur outside religious or other socially accepted situations and are not extensions thereof. Slightly different diagnostic

criteria are given by the American Psychiatric Association (DSM-IV). Possession trance is a single or episodic alteration in the state of consciousness, identity or memory characteristic of a given place or culture [28]. Meanwhile, in the DSM-5, the diagnostic components of dissociative identity disorder were expanded to include some of these symptoms; this way possession-form presentations were separated, as it were, from phenomena characteristic of trance states observed in different cultures (dissociative trance) [29]. Dębiec, in his monograph *Opętanie. Próba psychopatologicznego ujęcia problemu* [Possession Trance. A Psychopathological Perspective., in Polish] lists the most important signs and symptoms of possession: variability and diversity of symptoms; rapid onset and resolution; unwanted and unexpected nature of the phenomenon; changes in functioning attributed to the influence of an evil entity; a short-term change of perception (darkening or narrowing of the field of view) preceding the possession episode; disturbances of consciousness manifesting as syncope; affect appropriate to speech content ranging from euphoria to blasphemy; loss of control over body movements sometimes leading to stupor; changes in facial appearance and expression; lowered tone of voice, singing, recitation, howling, screaming, possible religious hallucinations lasting from a few minutes to a few hours; no memory of the episode [25]. The phenomena of possession have been observed and described in many cultures for centuries. Manifestations of possession are affected by the socio-cultural and religious context, and those possessed are given special attention and position in local communities. In the past, people who were "possessed" were locked in dungeons, sentenced to exile or just the opposite – they were believed to have the power of divination, to be able to practice black magic and influence the reality with supernatural powers [30]. All this meant they were stigmatized and excluded from regular life. The first attempts to understand the phenomenon of possession were taken in the late nineteenth and early twentieth century by representatives of various social groups, including doctors and psychoanalysts, who linked the signs of obsession with psychiatric disorders [29].

Numerous anthropological and neurological studies looked at the subject of possession. This means, the concept serves as an umbrella term for a broad range of phenomena. This is due to the fact that cases of possession are rare, and their symptoms are culturally conditioned. Despite numerous definition problems, analyses conducted around the world show that the phenomenon of possession is widespread both in the temporal and cultural dimensions. This means that the attitude of some scientific and non-scientific communities to the subject of possession – both embarrassment, as well as exploitation of the subject by journalists, media professionals and

filmmakers to stun their audiences with the circumstances accompanying possession – seems unnecessary and inadvisable as it reinforces prejudice against possession and unnecessarily generates informative chaos. The results of the analyses discussed above demonstrate that apart from the menacing and dangerous phenomenon of demonic possession (negative, satanic, voodoo, spell casting, black magic etc.), there are also positive variations of this phenomenon (shamanism, exorcisms). This means that in case of some people, a possession episode should not be regarded as an evidence of personality pathology, but – if the person is developing appropriately – can be used for good purposes (to overcome a personal developmental crisis, to creatively solve problems, to help others, etc.). The results of these studies also reveal that susceptibility to possession is not a function of a "bad personality" (low morality, low religiosity, involvement of psychopathological factors, involvement in magical practices, wearing talismans etc.), but a "good personality" (high sensitivity, allocentrism, high moral and religious standards, high meditation abilities, high intensity of mystical experiences). These results are consistent with a number of historical events, in which people who were highly religious (e.g. numerous cases of possessions in nunneries in the seventeenth century) became "possessed" and their visions were used for political purposes (elimination of opponents) [31].

Dębiec claims that the development of psychiatry cannot take place without metaphysical reflection. Also, psychology of religious experience provides an important dimension to metaphysical reflection is to build on the [25].

There are many case reports in which authors are in doubt as to whether they are dealing with obsession or psychosis. The study by Trypka, for instance, is focused on a patient who seemed absent, was apathetic, frightened, anxious, spoke to herself, sat idly for hours staring at one point, stayed away from house chores, was weepy, stopped eating and isolated herself from Others.

The medical examination excluded any psychotic diseases as a cause of the disturbing symptoms. A detailed analysis of the patient's biography, medical examinations and a long clinical observation led to a diagnosis of psychotic disorder NOS (unspecified non-organic psychosis) and mixed personality disorder with histrionic, schizotypal and dependent features. Possession was excluded, as the ICD-10 criteria were not met. The patient declared a wish to contact an exorcist priest, but had not done so three months after discharge from hospital claiming that owing to the medication she received, she no longer felt the impact of Satan in her life [32].

Barabasz et al. in their study "Pomiędzy wiarą a nauką: zniewolenie duszy czy zaburzenia dysocjacyjne? ["Between faith and science: Enslavement of the soul or a dissociative disorder?", in Polish] discuss emotional problems and a system of religious beliefs as having a major influence on a patient's symptomatology. According to those authors, these two factors reinforced the function of immature defence mechanisms and enhanced dissociative and somatization disorders in the patient they investigated [33].

Prusak suggests that possession is not a disease but suffering, at least in the theological sense. Faced with the dilemma of whether an individual needs an intervention of an exorcist or a psychiatrist, i.e. when in doubt as to the nature of the suffering of the patient, specialists should collaborate on the diagnosis for the good of the patient. Neither party may abuse their powers nor make authoritative claims [34].

Amnesia, fugue, trance and possession are only several of the modern faces of hysteria; they are mysterious phenomena, subject to controversy and discussion by clinicians and researchers. Typical hysteria surrounded by an aura of the supernatural, as it had been known since ancient times, has undoubtedly died "but it has taken its secrets to the grave" [35].

Wstęp

Pojęcie „histeria” pochodzi od greckiego słowa „hysteria” (macica) oraz sięga co najmniej czasów Hipokratesa. Chociaż obecnie zrezygnowano z tego terminu z uwagi na jego wieloznaczność, tym niemniej odegrał ważną rolę w historii psychiatrii [1]. Ponadto fenomen omawianych zaburzeń jest na tyle interesujący, że wzbudzają one coraz większe zainteresowanie nie tylko profesjonalistów, ale i społeczeństwa [2].

Współczesne klasyfikacje różnią się między sobą co do obszaru pojęć dysocjacja i konwersja. Amerykańska klasyfikacja DSM-V wyodrębnia zaburzenia dysocjacyjne, natomiast zaburzenia konwersyjne zalicza do „zaburzeń

pod postacią somatyczną”. Obowiązująca jeszcze dzisiaj w Polsce klasyfikacja ICD-10 grupuje wspólnie reakcje dysocjacyjne i konwersyjne pod kodem F44 [3,4].

Dysocjacja zgodnie z definicją oznacza utratę integracji poczucia tożsamości, wspomnień, kontroli ruchów ciała, świadomości oraz wrażeń czuciowych. W zaburzeniach dysocjacyjnych dochodzi do zniesienia bądź ograniczenia świadomej kontroli nad tymi funkcjami [1,3,5]. Gdy zakłócenia w integracji dotyczą wspomnień powstaje amnezja dysocjacyjna. Natomiast fuga dysocjacyjna oraz dysocjacyjne zaburzenie tożsamości występują jako skutek słabo zintegrowanej tożsamości. Zakłócenia w integracji aspektów świadomości powodują stany opętania oraz różnego rodzaju dysocjacyjne stany transu [2].

Etiologia i patogeneza

Historia hysterii jest długa jak losy naszej ludzkości i jak się okazuje, istota i mechanizmy powstawania zaburzeń dysocjacyjnych pozostały niezmiennie mimo upływu lat. Zaburzenia te mają charakter psychogeny, są związane z występowaniem trudnych problemów emocjonalnych, wydarzeń urazowych lub zaburzonych relacji międzyludzkich [1].

Do czynników sprzyjających występowaniu zaburzeń dysocjacyjnych, zgodnie ze współczesnym piśmiennictwem, można zaliczyć czynniki genetyczne [6, 7] oraz poważne urazy psychiczne. Urazy wiążą się z sytuacjami trudnymi, niemożliwymi do uniknięcia, których nie da się rozwiązać, ani im się przeciwstawić. Wśród czynników sprawczych można również wyróżnić silne urazy psychiczne, powstałe w sytuacji bezpośredniego, nagłego zagrożenia zdrowia lub życia [1]. W literaturze najczęściej wymieniane są traumatyczne doświadczenia z okresu wczesnodziecięcego [8], dramatyczne utraty osób bliskich [9], przemoc [10], wykorzystanie seksualne, katastrofy, wojna, kataklizmy, doświadczenia urazowe związane z ciążą i okresem okołoporodowym [6], przewlekłe konflikty interpersonalne i wewnątrzpsychiczne. [7,11,12,13,14,15]. Według P. Janeta, zbyt silne emocje odczuwane w wyniku doświadczeń urazowych powodują odłączenie przeżyć związanych z sytuacją traumatyczną oraz przemieszczenie ich do podświadomości [6,16]. Wyrwane spod kontroli osobowości funkcje psychiczne stają się autonomiczne. Objawy dysocjacyjne nabierają cech mimowolności i kierują zachowaniem jednostki [1]. Ten mechanizm odłączania w literaturze anglojęzycznej zyskał miano dysocjacji. Jeszcze Freud zauważył, że treści i reakcje emocjonalne niezwykle trudne, „nie do zniesienia” zostają przekształcane w objawy dysocjacyjne [16]. Obraz kliniczny zaburzeń dysocjacyjnych charakteryzuje się znaczną zmiennością i różnorodnością objawów. W związku z tym „histerię” kiedyś nazwano „wielką symulantką”. Ze względu na różnorodność objawów „histeria” może naśladować różne schorzenia. Badania lekarskie natomiast nie potwierdzają żadnej znanej choroby neurologicznej lub somatycznej [5]. Pomimo pewnego podobieństwa do symulacji objawy dysocjacyjne uwarunkowane są mechanizmem, którym kieruje chory niezależnie od woli [2]. Chory „ucieka w chorobę”, czyli wchodzi w rolę pacjenta dla odniesienia pewnych korzyści. Po pierwsze, przekształca w objawy somatyczne treści nieakceptowane, o dużym ładunku emocjonalnym. Niekiedy objawy natury somatycznej mogą mieć pewne znaczenie symboliczne. Po drugie, osoba chora zyskuje uwagę otoczenia oraz zwolnienie z dotychczasowej roli lub funkcji, która była trudna do spełnienia [1, 4].

W etiopatogenezie podkreśla się znaczenie niedojrzałych mechanizmów obronnych w sytuacji radzenia sobie z sytuacją traumatyczną czy konfliktem we-

wnątrpsychicznym u tych pacjentów [4,17]. Zgodnie z badaniami Owczarka K. i wsp., u podłoża objawów dysocjacyjnych leżą wadliwe funkcjonowanie mechanizmów obronnych oraz lęk. Nieprawidłowe działanie mechanizmów obronnych, w związku z występowaniem napięć i konfliktów wewnętrznych, stanowi źródło depresji, poczucia winy oraz bezsilności [17].

Amnezja dysocjacyjna

W ujęciach klasyfikacji DSM-V oraz ICD-10 jest to niezdolność do przypominania sobie ważnych informacji osobistych, często związanych z traumą, która nie wynika ze zwykłego zapominania. Częściowa lub całkowita niepamięć dotyczy przeszłości osoby, jej tożsamości oraz wydarzeń świeżych, czyli obejmuje zaburzenia pamięci epizodycznej [1,2,3]. Wspomnienia w amnezji są nie tyle dziwne czy zniekształcone, lecz są od siebie oddzielone [2]. Utrudnienie przypominania sprawia wrażenie oddalania od siebie wydarzeń urazowych. Informacje uważane za zagrażające stają się niedostępne na zasadzie działania mechanizmu wyparcia, aczkolwiek może być zachowana pamięć informacji obojętnych emocjonalnie [1, 5].

Amnezja dysocjacyjna jest uważana za najczęściej występujące zaburzenie dysocjacyjne. Rozpowszechnienie amnezji wynosi ok.1,8% [2]. Możemy wyróżnić poszczególne rodzaje amnezji: wsteczna, następcza (rzadko występująca w zespołach dysocjacyjnych), częściowa i pełna (uogólniona). Choć amnezja na ogół trwa krótko [5,13] zdarzają się również przypadki wielomiesięcznej czy nawet wieloletniej amnezji [1].

Zgodnie z piśmiennictwem, obszarem niezwykle ważnym w kodowaniu i odtwarzaniu informacji z pamięci epizodycznej jest prawa kora przedczołowa, co wydają się potwierdzać ostatnie badania w grupie pacjentów z amnezją dysocjacyjną opisujące hipometabolizm w obrębie wspomnianego obszaru [13]. Niektórzy badacze sugerują, iż w przypadku amnezji wstecznej pamięć przeszłych wydarzeń nie zostaje utracona, natomiast zablokowaniu ulega świadomy dostęp do niej. Badania Thomasa Anteriona i wsp. wskazują na rolę prawej tylnej środkowej kory skroniowej w powstawaniu amnezji dysocjacyjnej. Aktywność mózgu może powrócić do normalnego poziomu funkcjonowania po odzyskaniu pamięci. Wyniki wyżej wymienionych badań wskazują ponadto na ochronną rolę mechanizmów obronnych, powodujących pewnego rodzaju „zahamowanie” na poziomie neurologicznym w sytuacji traumy psychicznej [13].

W literaturze przedmiotu wielokrotnie podkreślano znaczenie dysocjacji jako obronnej strategii radzenia sobie. Zaobserwowano, że osoba może poniekąd utracić zdolność wizualizacji, aby ochronić siebie w obliczu przytłaczającego zdarzenia. Amnezję z utratą tożsamości można porównać do represyjnego mechanizmu psychologicz-

nego [13].. Sharma P. i in. opisują przypadek amnezji z fugą dysocjacyjną, które wystąpiły u pacjenta po rozstaniu z partnerem: „stracił wszystko, poczucie odrzucenia, poczucie winy, wstyd i chciał być nowym człowiekiem”, tak żeby mógł zostać przyjęty przez byłego partnera [11]. Wcześniej były opisywane przypadki fugi powstałe na skutek stresorów psychospołecznych. W badaniach Spiegela i wsp. osoby podatne na objawy dysocjacyjne mają trudności w wyrażaniu własnego zdania, skłonność do bezrefleksyjnej uległości oraz wysoką wrażliwość na brak akceptacji i odrzucenie [2].

Ponadto w piśmiennictwie istnieje koncepcja, zgodnie z którą zmiany w świadomości i zapamiętywaniu mogą wynikać z intensywnego uwalniania hormonów i neurotransmiterów biorących udział w reakcji na stres, co prowadzi do aktywacji współczulnego układu nerwowego [13]. Autorzy pracy pt „Missing memories of death: Dissociative amnesia in the bereaved the day after a cancer death” opisują przypadek amnezji dysocjacyjnej w żałobie. Śmierć najbliższej osoby jest wydarzeniem tak wysoce traumatyzującym, że została uznana za jedną z możliwych przyczyn amnezji [9].

Somer E. i wsp. przeprowadzili badania nad związkiem pomiędzy narażeniem na przemoc a objawami dysocjacyjnymi w różnych grupach badawczych, m.in. w grupie 80 arabskich i izraelskich kobiet, będących ofiarami przemocy. Przeprowadzono ustrukturyzowane wywiady, wykorzystując Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS), Dissociative Trance Disorder Interview Schedule (DTDIS), oraz Dissociative Experiences Scale (DES). Uzyskane wyniki potwierdziły wcześniejsze założenia, aż 91% maltretowanych kobiet miało objawy dysocjacyjne. Ponadto aż połowa badanych kobiet prezentowała objawy odpowiadające amnezji dysocjacyjnej oraz depersonalizację. Wyniki te potwierdzają wcześniejsze koncepcje, że ofiary przemocy domowej są szczególnie podatne na różnego rodzaju psychopatologie dysocjacyjne [10].

W badaniu Ural C. i wsp. oceniano historię dzieciństwa, urazy, objawy i zaburzenia dysocjacyjne oraz choroby współistniejące u pacjentów z zaburzeniami lękowymi. W badaniu tym wzięło udział 92 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń lękowych (wcześniej nie leczonych farmakologicznie). Uczestników oceniano za pomocą Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D), Dissociation Questionnaire, Panic and Agoraphobia Scale, Panic Disorder Severity Scale, and Childhood Trauma Questionnaire. W tym badaniu u znacznej części pacjentów (19%) zdiagnozowano współistniejące zaburzenia dysocjacyjne (amnezję dysocjacyjną, zaburzenia depersonalizacji). Wyniki we wszystkich podskalach „traumy” (Childhood Trauma Questionnaire) były skorelowane ze stopniem nasilenia objawów dysocjacji i zaburzeń lękowych. Najsilniejszy związek odnotowano w podskali „przemoc emocjonalna”. Analiza wyników

przeprowadzonych badań potwierdziła zależność pomiędzy doświadczeniem przemocy emocjonalnej w okresie dzieciństwa, poziomem nasilenia zaburzeń lękowych a występowaniem zaburzeń dysocjacyjnych [8].

Większość przypadków amnezji dysocjacyjnej ustępuje samoistnie, niezbędne jest psychologicznie bezpieczne środowisko oraz usunięcie zagrożenia. W wywiadach, dotyczących leczenia amnezji dysocjacyjnej nie odnotowano żadnych skutecznych metod leczenia farmakologicznego, oprócz wykorzystania barbituranów oraz benzodiazepin. Jeżeli zapewnienie bezpiecznego środowiska nie jest wystarczające do ustąpienia dysocjacji, niezbędna jest pomoc psychoterapeutyczna. Poprzez przepracowywanie obciążających emocjonalnie wydarzeń, przy pomocy wspierającego terapeuty, dochodzi do integracji wspomnień w świadomości pacjenta [2,11,14].

Fuga

Fuga dysocjacyjna jest rzadko opisywaną jednostką diagnostyczną oraz jednym z najmniej poznanych i najbardziej fascynujących zaburzeń zdrowia psychicznego. Według klasyfikacji DSM IV dominującym kryterium zaburzenia są nagłe, nieoczekiwane podróże odległe od miejsca zamieszkania i pracy osoby, w połączeniu z niezdolnością do przypomnienia sobie jej własnej przeszłości. Czasami u pacjenta może się ujawnić nowa tożsamość, aczkolwiek nowa i stara tożsamość nie występują naprzemiennie, tak jak w przypadku dysocyjnego zaburzenia osobowości. Fuga różni się od innych zaburzeń psychicznych tym, że zachowanie osoby z fugą jest zorganizowane i celowe [2,7,11].

W klasyfikacji DSM-V fuga dysocjacyjna nie jest już osobną kategorią diagnostyczną i jest obecnie uważana za podgrupę amnezji dysocjacyjnej. Ta zmiana podkreśla znaczenie zmian amnestycznych zarówno w przypadku amnezji dysocjacyjnej, jak i fugi [18]. Rozpowszechnienie fugi dysocjacyjnej jest bardzo rzadkie, oszacowane zostało na poziomie 0,2% [11]. Zaobserwowano wzrost zachorowalności w czasie wojen, wypadków i katastrof naturalnych [7]. Fuga jest zwykle opisywana u dorosłych. Większość jej epizodów występuje od drugiej do czwartej dekady życia. Często związana z traumatycznym wydarzeniem lub bolesną stratą. Zaburzenie to może trwać kilka godzin, dni, tygodni lub nawet przez wiele miesięcy [2,5,12].

Zgodnie z literaturą zagadnienia niektóre osoby podczas fugi ujawniają dziwaczne, zdeorganizowane lub niebezpieczne zachowania. Glisky i wsp. odnotowali przypadek fugi, w którym pacjent utracił dostęp nie tylko do swoich autobiograficznych wspomnień, ale także do języka ojczystego [2,12]. Załuska M. i wsp. opisują przypadek fugi dysocjacyjnej u pacjentki oddziału położniczego, która nieoczekiwanie opuściła szpital, zabierając ze sobą noworodka. Wkrótce dziecko zostało odnalezione na

przyszpitalnym parkingu, matka - w pobliskim parku. Pacjentka bagatelizowała incydent związany z utratą pamięci i świadomej kontroli jej postępowania. Jej ekspresja emocjonalna nie wskazywała również, że przeżywała się zagrożeniem życia i zdrowia dziecka, w jakim je zostawiła. Deklarowała natomiast zainteresowanie noworodkiem. Powyższy przypadek odzwierciedla sytuację, w której doszło do interakcji czynników psychicznych określanych w piśmiennictwie jako obciążające ryzykiem zaburzeń związanych ze stresem okołoporodowym oraz dysfunkcji poznawczych u matki. Niedojrzałe mechanizmy obronne, wcześniejsze doświadczenia urazowe (utrata perinatalna, zagrożona ciąża, wada wrodzona noworodka) oraz stres okołoporodowy doprowadziły w konsekwencji do amnezji, utraty integracji poczucia tożsamości, percepcji oraz świadomej kontroli nad zachowaniem [6].

W piśmiennictwie wielokrotnie wskazywano depresję [12,14] jako chorobę współwystępującą z fugą dysocjacyjną. Raval M. i wsp. prezentują przypadek fugi ze zdiagnozowanym ciężkim zaburzeniem depresyjnym. Badacze ci opisują młodego mężczyznę „podróżującego” przez ostatnie półtora roku aż 8 razy, chociaż wcześniej nigdy nie był leczony z powodu podobnych zaburzeń. Fuga dysocjacyjna może objawiać się nawracającymi epizodami i epizody mogą trwać od kilku dni do kilku miesięcy [12]. Objawy zaburzeń nastroju i myśli samobójcze były już wcześniej odnotowywane w opisach przypadków. Na przykład Igwe (2013) opisał objawy depresyjne u nigeryjskiego studenta medycyny z fugą dysocjacyjną. Pacjent przejawiał ponadto zaburzenia percepcji, skarżył się na derealizację oraz myśli samobójcze [15].

W piśmiennictwie również istnieją doniesienia dotyczące cech osobowości, zaburzeń współistniejących oraz metod leczenia osób z fugą dysocjacyjną. W pracy pt „Dissociative Fugue Disorder: Identification and Psychological Intervention” Jha M. i Sharma V. donoszą o skuteczności terapii wspomagającej (z mindfulness) na przykładzie trzech pacjentów z fugą dysocjacyjną. Do opracowania diagnozy psychologicznej zostały użyte następujące metody: Kwestionariusz osobowości 16PF Cattella (1993), Test Zdań Niedokończonych Sacksa (1950), Rorschach Psychodiagnosics (1995), Inwentarz Depresji Becka (1996), Kwestionariusz Samooceny Spielbergera STAI (1983). W celu wykluczenia ewentualnych czynników neurologicznych jako możliwej przyczyny objawów dysocjacyjnych oraz oceny funkcjonowania poznawczego wykorzystano NIMHANS Neuropsychological Battery (Rao, 2004). Zgodnie z otrzymanymi wynikami, wszyscy trzech pacjenci charakteryzowali się wysoką introwersją, poczuciem osamotnienia i bezradności, a także tendencją do internalizacji bolesnych przeżyć. Wyniki badań wykazały ponadto umiarkowany poziom depresji oraz wysoki poziom obu rodzajów lęku (lęku rozumianego jako cecha

i lęku jako stanu). W badaniu tym potwierdzono również wcześniejsze doniesienia, m.in. że utrata pamięci epizodycznej nie wpływa na pamięć proceduralną i semantyczną [14].

W terapii omawianych zaburzeń podkreśla się konieczność odizolowania pacjenta od zagrożenia oraz zapewnienie mu wsparcia psychologicznego. Najlepszym sposobem leczenia jest psychoterapia, obejmująca psychoterapię poznawczą, psychoterapię traumy oraz hipnozę [2,11,19].

Trans

Zgodnie z DSM-5 trans dysocjacyjny jest stanem, który charakteryzuje się gwałtownym zawężeniem lub całkowitą utratą świadomości istnienia najbliższego otoczenia, co wyraża się poprzez brak zdolności reagowania lub brak wrażliwości na bodziec zewnętrzny. Objawom tym mogą towarzyszyć niewielkie stereotypie ruchowe (np. poruszanie palcami), których dana osoba nie jest świadoma i których nie może kontrolować, a także przemijające porażenie lub utrata świadomości. Trans dysocjacyjny nie jest częścią powszechnie akceptowanych zbiorowych praktyk religijnych lub innych, charakterystycznych dla danego kręgu kulturowego [20].

Większość badaczy zgadza się, że najczęściej występującymi cechami klinicznymi transu są: amnezja, zaburzenia emocjonalne i utrata tożsamości [2].

Wyróżnia się dwa rodzaje transu: pierwszym jest trans płytki, w który wprowadzają narkotyki, halucynogenne zioła, grzyby i napary. Drugi to trans naturalny, w który wprowadza rytmiczna muzyka [21].

Diagnoza Ericksonowska uwzględnia zjawiska transowe, które dzielone są według ich wpływu na doświadczenie: tworzenie doświadczenia (halucynacje pozytywne, regresja wieku, sugestia posthipnotyczna, automatyczne pisanie), eliminowanie doświadczenia (halucynacje negatywne, amnezja, znieczulenie) i zniekształcenie doświadczenia (zakłócenie odbioru czasu, analgezja, wyostrenie pamięci, katalipsja, dysocjacja) [22]. Kategorie transu jak i opętania w dysocjacyjnych zaburzeniach transowych stanowią jak dotąd najczęstszy rodzaj zaburzeń dysocjacyjnych na świecie.

Stany transowe wywoływano podczas ceremonii, rytuałów. Ich czynnikiem sprawczym były powtarzane rytmicznie dźwięki, jak np. uderzenie w bęben. W trans zapadały też osoby po zażyciu narkotyku, zazwyczaj halucynogenu [21]. Same objawy dysocjacyjne są powszechnie rozumiane jako wyraz rozpacz, toteż w Singapurze stresorami związanymi z rozwojem transu dysocjacyjnego są problemy związane ze służbą wojskową, konflikty religijne i kulturowe, brak domowej harmonii i nieszczęśliwe małżeństwo. W Afryce Południowej z kolei jako przyczynę transu dysocjacyjnego podawano dużą depresję i żal po stracie bliskich.

H. Welcz prowadzący obserwacje uczestniczące, badał zjawiska transowe w tradycyjnej wiejskiej kulturze tanecznej. Okazuje się, że polskie tańce jak mazurek czy oberek, praktykowane z zachowaniem odpowiedniej oprawy muzycznej, zawierają również elementy transowe. Mogą mieć także charakter terapeutyczny, zapewniając doświadczenie stanu katharsis. Wrażenia towarzyszące uprawianiu tańca wirowego nie mają może takiej głębi jaka cechuje typowe zjawiska transowe, ale obecne są tu pewne cechy jak: zmiany emocjonalnej ekspresji, zaburzenia poczucia czasu, utrata kontroli rzeczywistości i odczuwanie specyficznego kontaktu z naturą i innymi ludźmi, które przemawiają za podobieństwem zmienionych stanów świadomości [23].

Katarzyna Prochwicz i Artur Sobczyk w pracy pt. "Manie taneczne. Między kulturą a medycyną" opisują przypadki średniowiecznych manii tanecznych, będących przykładem zbiorowych hysterii. Owa choreomania została zdefiniowana w XIX wieku jako zaburzenie psychofizyczne, które objawia się nieodpartą potrzebą tańca oraz chorobliwą miłością do muzyki, gdzie wola, zdolności intelektualne jak i odczucia moralne nie funkcjonują prawidłowo. Manie taneczne pojawiły się w Europie na większą skalę w XIII wieku i były obserwowane przez prawie 400 kolejnych lat. Towarzyszyły im pewne objawy fizjologiczne jak: bóle głowy, bóle w klatce piersiowej, hiperwentylacja, drgawki, ogólne osłabienie, zadyszka, utrata apetytu. Do wywołania objawów nie był konieczny fizyczny kontakt z chorym, przymus tańca mógł pojawić się u osób, które jedynie obserwowały objawy występujące u innych, bądź jako reakcja na dźwięki muzyki. Według relacji naocznych świadków tancerze tracili świadomość, pogrążali się w dysocjacyjnym transie, sprawiając wrażenie dzikich, szalonych, mieli wizje, omamy i urojenia, byli przy tym niezdolni do kontrolowania własnych zachowań. Takie manie taneczne miały funkcję psychoterapeutyczną. Pozwalały uczestnikom tańców radzić sobie z poczuciem niedostosowania społecznego, z poczuciem winy i grzeszności [24].

Opętanie

Podstawowym kryterium diagnostycznym dla psychiatrów jest przeświadczenie osoby opętanej o owdnięciu przez obcą istotę [25]. Zwyczajne poczucie tożsamości osobowej jest zastąpione przez nową tożsamość. Przekonanie o byciu opętanym może towarzyszyć osobie opętanej od samego początku epizodu zaburzenia, ale może też pojawić się dopiero pod wpływem postawione go przez otoczenie rozpoznania [26].

Do XVIII zjawiska określane pojęciem opętania były komentowane, interpretowane głównie przez teologów, osoby uznane za opętane poddawano egzorcyzmom. W XIX wieku zwrócono uwagę na podobieństwo opętania do stanów hipnotycznych wywołanych sugestią. W końcu

XIX wieku zajmujący się hipnozą lekarze jak np. Charcot czy Janet zauważyli, że zjawiskami opętania rządzą te same mechanizmy, co histerią. W drugiej połowie XX wieku usiłowano wyjaśnić zjawiska transu i opętania mechanizmami psychologicznymi [27].

Obecnie prowadzone badania pozwalają wnioskować o istnieniu poważnych problemów diagnostycznych, jakie pojawiają się w przypadku oceny fenomenu opętań. W 1992 roku opętanie zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za specyficzny rodzaj zaburzeń dysocjacyjnych. W 10 rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) wyróżniono odrębną kategorię: transu i opętania, które opatrzone kodem F44.3. Kryteria diagnostyczne są następujące: Brak potwierdzenia schorzeń somatycznych, które mogłyby stanowić przyczynę charakterystycznych objawów zaburzeń (ale mogą występować zaburzenia somatyczne, powodujące inne objawy); Przekonywujące związki czasowe między wystąpieniem objawów a stresującymi wydarzeniami, trudnościami lub potrzebami; co do opętania – osoba jest przeświadczona, że została owdnięta przez ducha, moc, bóstwo lub inną osobę; są to stany niepożądane lub kłopotliwe oraz nie pojawiają się w okolicznościach religijnych lub innych zyskujących społeczną akceptację, ani nie stanowią ich przedłużenia. Nieco odmiennie kryteria diagnostyczne podaje Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-IV). Trans opętania (possession trans) to pojedyncze albo epizodyczne zakłócenia stanu świadomości, tożsamości, lub pamięci właściwe dla poszczególnych miejsc lub kultur (28). Tymczasem w klasyfikacji DSM-5 składowe rozpoznania dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości (Dissociative Identity Disorder) poszerzono o niektóre z tych objawów, rozdzielając niejako specyficzne przejawy typowe dla obrazu opętania (possession form presentations) od fenomenów charakterystycznych dla stanów transu obserwowanych w różnych kulturach (dissociative trance) [29]. Jacek Dębiec w monografii pt. "Opętanie. Próba psychopatologicznego ujęcia problemu" wyróżnia najbardziej istotne objawy opętania tj: zmienność i różnorodność objawów, gwałtowny początek i koniec, niechciany, niespodziewany charakter zjawiska, zmiana funkcjonowania przypisywana wpływowi złej istoty, krótkotrwała zmiana postrzegania (zaciemnienie lub zawężenie pola widzenia), która poprzedza epizod opętania, występowanie zaburzeń przytomności w postaci omdleń, afekt dostosowany do wypowiedzi osoby opętanej, od euforii do wypowiedzania treści bluźnierczych, utrata kontroli ruchów do stuporu włącznie, zmiana wyglądu twarzy, wyrazu twarzy, obniżenie tonu głosu, śpiew, recytacja, wycie, krzyk, możliwość występowania omamów o tematyce religijnej, czas trwania od kilku minut do kilku godzin, niepamięć po epizodzie [25]. Zjawiska opętania obserwowane są i opi-

sywane są w wielu kulturach od stuleci. Przejawy opętania są związane z kontekstem socjokulturowym, religijnym, zaś osoby opętane obdarza się szczególną uwagą oraz pozycją w lokalnej społeczności. Niegdyś osoby „opętane” zamykane były w lochach, skazywane na wygnanie bądź na odwrót – przypisywano im niezwykle możliwości przepowiadania przyszłości, uprawiania czarnej magii, wpływania na rzeczywistość siłami ponadnaturalnymi [30]. Wszystko to oznaczało specyficzną stygmatyzację i wykluczenie z normalnego sposobu funkcjonowania. Próby zrozumienia zjawiska opętania podejmowali przedstawiciele różnych obszarów społecznych, w tym lekarze, psychoanalitycy przełomu XIX i XX wieku, którzy wyraźnie powiązali przejawy opętania z zaburzeniami psychicznymi [29].

Na temat opętania prowadzone są liczne badania antropologiczne i neurologiczne, które ujawniają, że pojęcie opętań jest rozumiane w szeroki sposób (pojęcie parasol). Wynika to z faktu, że przypadki opętań są rzadkie, a ich symptomy uwarunkowane są kulturowo. Pomimo istnienia wielu problemów definicyjnych, prowadzone na świecie analizy pokazują, że zjawisko opętania jest powszechne zarówno w wymiarze czasowym, jak i kulturowym. Oznacza to, że postawa niektórych środowisk naukowych wobec tematu opętania – zarówno postawa swego rodzaju zakłopotania, jak i objawy epatowania okolicznościami towarzyszącymi opętanom – występujące często w publicystyce, mediach i filmach – zdają się zbędne i niewskazane, wzmacniają uprzedzenia wobec faktu opętań i niepotrzebnie generują chaos informacyjny. Przedstawione wyniki analiz dowodzą ponadto, że istnieje nie tylko groźne i niebezpieczne zjawisko opętania demonicznego (negatywne, szatańskie, woodoo, rzucanie uroków, czarna magia itd.), lecz także jego pozytywne odmiany (szamanizm, egzorcyzmy). Oznacza to, że w przypadku niektórych osób epizod opętania wcale nie świadczy o patologii osobowościowej, ale – przy poprawnym rozwoju – może być wykorzystany do dobrych celów (przewycięzenie własnego kryzysu rozwojowego, twórcze rozwiązanie problemów, pomoc innym itd.). Wyniki analiz ujawniają też, że o podatności na opętanie nie świadczy „zła osobowość” (niska moralność, niska religijność, podłoże psychopatologiczne, zaangażowanie się w praktyki magiczne, noszenie talizmanów itd.), ale „dobra osobowość” (wysoka wrażliwość, allocentryzm, posiadanie wysokich standardów moralnych i religijnych, wysokie zdolności medytacyjne, podwyższone nasilenie doświadczeń mistycznych). Wyniki te są zgodne z licznymi faktami historycznymi, w których osoby wysoce religijne (na przykład liczne przypadki opętań w klasztorach żeńskich w XVII wieku) ulegały „opętanom” a ich wizje były wykorzystywane do celów politycznych (likwidacja przeciwników) [31].

Jacek Dębiec twierdzi, rozwój psychiatrii nie może odbywać się bez towarzyszącej mu refleksji metafizycznej,

zaś ważnym wymiarem refleksji metafizycznej jest odwołanie się do psychologii doświadczenia religijnego [25].

W piśmiennictwie dostępnych jest wiele opisów przypadku, gdzie pojawia się wątpliwość czy mamy do czynienia z opętanem czy psychozą. E. Trypka pisze o pacjentce, która sprawiała wrażenie nieobecnej, była apatyczna, wyłknięta, niespokojna, mówiła do siebie, siedziała beczynn timer w miejscu, patrzyła w jeden punkt, nic nie robiła w domu, była płacziwa, przestała jeść i izolowała się od otoczenia. Wykluczono schorzenia somatyczne, które mogły stanowić przyczynę niepokojących objawów. Szczegółowe poznanie życiorysu, badania i długa obserwacja kliniczna pozwoliły na ustalenie rozpoznania – rozpoznano psychozę nieorganiczną BNO oraz mieszane zaburzenia osobowości o cechach histrionicznych, schizotypowych i zależności. Wykluczono opętanie, gdyż nie były spełnione kryteria ICD-10. Pacjentka deklarowała chęć skontaktowania się z księdzem egzorcystą, ale po 3 miesiącach od wypisania ze szpitala tego nie uczyniła, twierdząc, że dzięki przyjmowanym lekom nie odczuwa działania szatana w jej życiu [32].

A. Barabasz i wsp. W pracy pt. "Pomiędzy wiarą a nauką: zniewolenie duszy czy zaburzenia dysocjacyjne? Prezentacja przypadku podejmuje [33] problematykę emocjonalną oraz system wierzeń religijnych, jako mających główny wpływ na kształt symptomatologii, wzmacniają ponadto funkcjonowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych oraz potęgują występowanie u pacjentki zaburzeń dysocjacyjnych i somatyzacyjnych.

Zdaniem Jacka Prusaka – w sensie teologicznym – opętanie nie jest chorobą, jest ono cierpieniem. W obliczu dylematu czy konieczna jest interwencja egzorcysty czy psychiatry, w wypadku wątpliwości na temat natury cierpień pacjenta, wymagane jest uwspólnienie diagnozy dla dobra pacjenta. Żadna ze stron nie może nadużywać swoich kompetencji, stwierdzać czegoś w sposób zupełnie autorytatywny [34].

Amnezja, fuga, trans czy opętanie to tylko niektóre z współczesnych twarzy histerii – zjawiska tajemnicze, będące przedmiotem dyskusji, kontrowersji klinicystów i badaczy. Znana od starożytności i otoczona aurą nadprzyrodzoności typowa histeria umarła, co nie ulega wątpliwości, "lecz zabrała ze sobą do grobu swe tajemnice" [35].

References:

1. Araszkiewicz A. Zaburzenia dysocjacyjne. W: Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.(red.). Psychiatria. Tom2. Wyd.2., Wrocław; Elsevier Urban & Partner: 2011, 453-466.
2. Maldonado J.R., Spiegel D. Zaburzenia dysocjacyjne. W: Hales R.E., Yudofsky S.C., Gabbard G.O. (red.) Psychiatria. Tom 3. Warszawa; MediPage: 2012, 1-45.
3. Spiegel D., Lewis-Fernandez R., Lanius R., Vermetten E., Simeon

- D., Friedman M. Dissociative disorders in DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol*, 2013; 9: 299-326.
4. Dąbkowska M. Trudności diagnostyczne u dzieci z zaburzeniami konwersyjnymi. *Pediatr Pol*, 2008; 83(3): 281-285.
5. Aleksandrowicz J. W. Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10). Wyd.2. Kraków; Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: 1998, s. 79-87.
6. Załuska M., Żurko R., Kuroń M., Jakiel G., Dudel A. *Psychiatr Pol*, 2011; XLV (4): 599-609.
7. Mamarde A., Navkhare P., Singam A., Kanoje A. Recurrent dissociative fugue. *Indian J Psychol Med*, 2013; 35 (4): 400-401.
8. Ural C., Belli H., Akbudak M., Tabo A. Childhood Traumatic Experiences, Dissociative Symptoms, and Dissociative Disorder Comorbidity Among Patients With Panic Disorder: A Preliminary Study. *J Trauma Dissociation*, 2015; 16(4): 463-475.
9. Ishida M., Onishi H., Toyama H., Tsutsumi C., Endo C., Tanahashi I., Takahashi T., Uchitomi Y. Missing memories of death: Dissociative amnesia in the bereaved the day after a cancer death. *Palliat Support Care*, 2015, 13(6): 1787-1790.
10. Somer E., Ross C., Kirshberg R., Bakri R.S., Ismail S. Dissociative disorders and possession experiences in Israel: a comparison of opiate use disorder patients, Arab women subjected to domestic violence, and a nonclinical group. *Transcult Psychiatry*, 2015; 52(1): 58-73.
11. Sharma P., Guirguis M., Nelson J., McMahon T. A case of dissociative amnesia with dissociative fugue and treatment with psychotherapy. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 2015; 17(3): 1523-5998.
12. Raval C.M., Upadhyaya S., Panchal B.N. Dissociative fugue: Recurrent episodes in a young adult. *Ind Psychiatry J*, 2015; 24(1): 88-90.
13. Thomas-Antérion C., Dubas F., Decousus M., Jeanguillaume C. and Guedj E. Clinical characteristics and brain PET findings in 3 cases of dissociative amnesia: disproportionate retrograde deficit and posterior middle temporal gyrus hypometabolism. *Neurophysiol Clin.*, 2014; 44(4): 355-362.
14. Jha M. i Sharma V. Dissociative Fugue Disorder: Identification and Psychological Intervention. *Psychol Stud*, 2015; 60 (1): 17 -24.
15. Igwe M.N. Dissociative fugue symptoms in a 28-year-old male Nigerian medical student: a case report. *J Med Case Rep.*, 2013; 7: 143.
16. Tomalski R. Aleksytyzmia i dysocjacja. *Psychoterapia*, 2008, 2(145): 35-43.
17. Owczarek K. Rola wskaźników lęku w występowaniu psychogennych napadów rzekomopadaczkowych i innych zaburzeń dysocjacyjnych. *Epileptologia*, 2007; 15: 193-201.
18. MacPhee E. The Dissociative Disorders in Medical Settings. *Curr Psych Rep.*, 2013; 15(10): 398.
19. Okano K. Clinical Handling of Patients with Dissociative Disorders. *Seishin shinkeigaku zasshi*, 2015; 117(6): 399-412.
20. DSM-5
21. Kazimierz Franczak: Koncepcje interpretacyjne i badania doświadczenia religijnego we włoskiej psychologii religii. VERBINUM 2007
22. Zeig J.K. 1985 The clinical use of amnesia: Ericksonian methods. In J.K. Zeig(Ed), *Ericksonian psychotherapy*, Volume I: Structures New York: Brunner/Mazel
23. *Current Problems of Psychiatry* 2011; 12(3): 330-332
24. Manie taneczne. Między kulturą a medycyną. *Psychiatria Polska* 2011, tom XLV, numer 2, str. 277-287
25. Jacek Dębiec Opętanie. Próba psychopatologicznego ujęcia problemu. Wydawnictwo UJ, Wyd. I, Kraków 2000
26. M.Z. Stepulak Wybrane zagadnienia z psychologii pastoralnej. Wyższe seminarium duchowne Siedlce-Opole 2007
27. Opętanie jako kategoria diagnostyczna w klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV Aleksander Beszłej, Magdalena Grzesiak Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
28. Wciórka J. red. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Warszawa: Elsevier; 2008
29. List do redakcji. Wokół opętania. *Psychiatria Polska* 2016; 50(1) 289-292.
30. Stephenson C. The epistemological significance of possession entering the DSM. *Hist. Psychiatry* 2015; 26(3): 251–269
31. Opętanie i egzorcyzm w świetle badań antropologicznych i neurologicznych. *Studia Religioznawcze* 47 (2) 2014, s. 105–123
32. Elżbieta Trypka Opętanie czy psychoza? - opis przypadku. Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
33. Pomiędzy wiarą a nauką: zniewolenie duszy czy zaburzenia dysocjacyjne? Prezentacja przypadku *Psychiatria Polska* 2012, tom XLVI, numer 2 str. 305-312
34. Pokonać szatana. Egzorcysta czy psychiatra? Wydawnictwo JUT 2013 Szczecznieszyn, tylna strona okładki
35. Etienne Trillat Historia hysterii. Wrocław Warszawa Kraków Zakład Narodowy imienia Ossolińskich Wydawnictwo 1993

Correspondence address

Alena Stefańska
Zakład Psychologii Klinicznej Katedry i Kliniki Kardiologii UM w Lublinie,
ul. Jaczewskiego 8, 20-090
email: helenamarja@wp.pl
nr tel: 667-195-073, 81-7244327.

Otrzymano: 29.02.2016

Zrecenzowano: 14.03.2016

Przyjęto do druku: 06.09.2016