

Kultura a zaburzenia psychiczne

Culture and mental disorders

Anna Grzywa¹, Justyna Moryłowska-Topolska¹, Marek Gronkowski²

¹. Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

². Oddział Psychiatryczny SPZ ZOZ w Nowej Dębie

Streszczenie

Psychiatria kulturowa jest dziedziną psychiatrii, która zajmuje się epidemiologią, etiologią, patogenezą, symptomatologią i leczeniem zaburzeń psychicznych z uwzględnieniem wpływów kulturowych i warunków środowiska. Pojęcie psychiatrii kulturowej jest nadrzędne w stosunku do terminów psychiatria transkulturowa, psychiatria porównawcza czy etnopsychiatria. Celem artykułu jest przybliżenie zagadnień związanych z psychiatrią kulturową, dotyczących specyfiki zaburzeń psychicznych, uwarunkowanych kulturowo oraz zespołów występujących jedynie w określonych grupach etnicznych. Pewne odrębności, co do częstości oraz nasilenia poszczególnych objawów, mogą występować w wielu zaburzeniach psychicznych, takich jak psychozy z kręgu schizofrenii, zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe czy też uzależnienia. Ciekawym zagadnieniem są zespoły chorobowe występujące jedynie w specyficznych grupach etnicznych. Do najbardziej znanych należą: koro, amok, dhat, latah i windigo.

Słowa kluczowe: psychiatria kulturowa, etnopsychiatria, psychozy egzotyczne.

Abstract

Cultural psychiatry is an area of psychiatry focusing on epidemiology, etiology, pathogenesis, symptomatology and treatment of psychiatric disorders taking into account the influence of culture and environmental conditions. The term cultural psychiatry is superior to terms transcultural psychiatry, comparative psychiatry or ethnopsychiatry. Transcultural psychiatry focuses on the study of characteristics of mental disorders, whereas comparative psychiatry concentrates on the differences in psychopathology determined by cultural differences. The field of psychiatry called ethnopsychiatry (cultural psychiatry) focuses on studying the exotic types of mental disorders and establishing their possible connection with ethnic variables.

The aim of this article is to approach the issue connected to cultural psychiatry regarding the specific character of mental disorders, which are conditioned culturally or syndromes existing only in particular ethnic groups. Several distinctions in frequency and severity of particular symptoms can exist in many psychiatric disorders, such as schizophrenic psychosis, mood disorders, anxiety disorders or addictions. Syndromes existing only in particular ethnic groups consist a very interesting topic. The best known ones include: koro, amok, dhat, latah and windigo.

Keywords: cultural psychiatry, ethnopsychiatry

Wstęp

Kultura to znaczenia, wartości i normy zachowania, które są wyuczone i przekazywane w społeczeństwie dominującym oraz w obrębie funkcjonujących w nim grup społecznych. Kultura wywiera znaczący wpływ na poznanie, uczucia, postrzeganie własnego „ja”, jak również na proces diagnostyczny i decyzje dotyczące leczenia [1]. W związku z tym kultura, w której żyjemy może odgrywać rolę czynnika precypitującego, patoplastycznego lub wyzwalającego zaburzenia psychiczne [2].

Środowisko kulturowe oddziałuje na jednostkę poprzez swoje instytucje pierwotne (struktura rodzinna) i wtórne (struktura społeczna). Instytucja pierwotna wywiera wpływ m.in. poprzez określony model rodziny, wzorce socjalizacji i metody wychowywania dzieci. Elementy instytucji wtórnych to przede wszystkim wierze-

nia, obyczaje, rytuały, systemy norm i wartości, cechy struktury społecznej, wzorce myślenia i zachowania się, systemy prawne, ekonomiczne, polityczne itd. [3].

Celem artykułu jest przybliżenie zagadnień związanych z psychiatrią kulturową dotyczących specyfiki zaburzeń psychicznych uwarunkowanych kulturowo oraz zespołów występujących jedynie w określonych grupach etnicznych.

Psychiatria kulturowa

Psychiatria kulturowa jest dziedziną psychiatrii, która zajmuje się epidemiologią, etiologią, patogenezą, symptomatologią i leczeniem zaburzeń psychicznych z uwzględnieniem wpływów kulturowych i warunków środowiska. Pojęcie psychiatrii kulturowej jest nadrzędne

w stosunku do terminów: psychiatria transkulturowa, psychiatria porównawcza czy etnopsychiatria [4].

Psychiatria transkulturowa [5] zajmuje się badaniem cech zaburzeń psychicznych wspólnych dla wielu kultur, natomiast psychiatria porównawcza, koncentruje się na różnicach w psychopatologii uwarunkowanych różnicami kulturowymi [6].

Dziedzina psychiatrii zwana etnopsychiatrią zajmuje się badaniem egzotycznych typów zaburzeń psychicznych oraz ustalaniem ich ewentualnego związku ze zmiennymi etnicznymi. W psychiatrii kulturowej akcentuje się etiopatogenetyczną rolę zarówno środowiska kulturowego, fizycznego (np. klimat, sposób odżywiania, swoiste infekcje), sposób ekspresji emocji, zwłaszcza w sytuacjach stresowych [7].

Etnopsychiatria bada egzotyczne typy zaburzeń psychicznych i ustala ich ewentualny związek ze zmiennymi etnicznymi.

Według Kirmayera [8] psychiatria kulturowa powinna zajmować się międzykulturowymi badaniami chorób psychicznych i tradycyjnymi metodami ich uzdrawiania a także próbą znalezienia odpowiedzi na pytanie jakie są potrzeby zróżnicowanych społecznie społeczeństw obejmujących tubylców, imigrantów i uchodźców. Konieczne jest zatem korzystanie z wyników badań etnograficznych w celu oceny w jaki sposób kultura może wpływać zarówno na przyczyny, przebieg i objawy psychopatologiczne [9].

Zaburzenia psychiczne w kontekście kulturowym

Pojmowanie choroby psychicznej przez lekarza klinicystę, wywodzącego się z kultury zachodniej, z całą pewnością będzie pod silnym wpływem zachodnich czynników społecznych i kulturowych. Lekarz, który nie zna subtelności innego kontekstu kulturowego, niż jego własny, może niewłaściwie zakwalifikować do psychopatologii prawidłowe zachowania przekonania lub doświadczenia charakterystyczne dla kultury danej osoby [1].

Niektóre objawy zaburzeń emocjonalnych, nazwane objawami powiązanymi kulturowo, odnoszą się do różnych kultur. Prezentowane są jako kombinacja zaburzeń emocjonalnych, zachowania i dotyczących wierzeń, a wiele z nich posiada lokalne nazwy. Niektóre można łatwo powiązać z objawami zaburzeń przedstawionych w ICD-10 lub DSM-IV, inne nie mają zachodnich odpowiedników, jednak wydają się być odmianami zaburzeń somatyzacyjnych, dysocjacyjnych i konwersyjnych. [4]

Jeżeli chodzi o schizofrenię to niektóre wyrażnie psychotyczne przeżycia mogą być w innych kręgach kulturowych odbierane jako normalne. Dotyczy to urojeń (np. wiara w magię, duchy i demony) i halucynacji (np. widzenie „aur”, pojawianie się istot boskich, słyszenie

głosu boga). Różnice w komunikacji pozawerbalnej (np. kontakt wzrokowy, wyrazy twarzy, mowa ciała) mogą również zostać błędnie zinterpretowane. W USA i Wielkiej Brytanii zawsze zauważalna była tendencja do natychmiastowego diagnozowania schizofrenii w niektórych kręgach kulturowych tzn. nie uwzględniano kontekstu kulturowego objawów (np. Afro-Karaibskich). Prawdopodobnie nie ukazuje to jednak różnic w częstotliwości występowania schizofrenii, lecz raczej świadczy o niezrozumieniu dla odmienności kulturowej. Co ciekawe, przebieg schizofrenii jest ostrzejszy, a przez to korzystniejszy w krajach rozwijających się [3].

Kulturowe wyróżnianie objawów depresyjnych jest różne w zależności od populacji. W niektórych kulturach kładzie się większy nacisk na stan somatyczny, np. „nerwy”, „słabość” czy „ból głowy” (kultura śródziemnomorska); „problemy sercowe” (Bliski Wschód); „brak równowagi”, „słabość”, „zmęczenie” (Chiny) [1].

Obecność urojeń winy i grzeszności w zespołach depresyjnych uważa się za charakterystyczne dla kultur judeo-chrześcijańskich. W krajach afrykańskich i latynoamerykańskich choroby afektywne występują przeważnie w formie zespołów maniackalnych, rzadko w ramach zespołu depresyjnego występują zachowania samobójcze [4].

W niektórych kulturach ataki paniki mogą być interpretowane jako dowód działania magii lub czarów (szczególnie, gdy pojawiają się niespodziewanie). Wierzenia religijne i kulturowe silnie wpływają na rodzaj obsesji i naturę zachowań kompulsywnych. Zaburzenia konwersyjne i dysocjacyjne występujące częściej w wiejskich, mniej wykształconych społeczeństwach, mogą być normalne w danym społeczeństwie. W pewnych religijnych rytuałach wykorzystywane są zmiany świadomości (ze stanem transu łącznie), wierzenia w nawiedzenie przez ducha oraz różne odmiany napiętnowanych społecznie zachowań, które mogą być postrzegane jako zaburzenia konwersyjne i dysocjacyjne [10].

Czynniki kulturowe wpływają na dostępność, wzorce spożywania, nastawienie wobec alkoholu i substancji, czy nawet skutki ich używania. Społeczne, rodzinne i religijne nastawienie wobec spożywania alkoholu może wpływać na wzorce jego spożywania oraz prawdopodobieństwo wystąpienia problemów alkoholowych. Zachowanie ludzi pod wpływem alkoholu może być determinowane kulturowo; zachowania agresywne i antyspołeczne (wzór „pseudokibica”) nie występuje powszechnie w kulturach, w których alkohol postrzegany jest jedynie jako środek wspomagający nawiązywanie kontaktów społecznych, mimo że spożycie alkoholu kształtuje się tam na podobnym poziomie, jak w pozostałych krajach.

Używanie halucynogenów i innych narkotyków może być akceptowane społecznie, gdy stanowi ono część rytuałów religijnych (np. meksykański kaktus w Narodo-

wym Kościele Amerykańskim, marihuana w Rastafarianizmie). Podobnie, ruchy świeckie, zapoczątkowane przez ruchy hipisów z lat 60. i 70., lub w czasach nam bliższych „kultura tańca” dostarczają obyczajowego kontekstu, w którym psychodeliczne przeżycia po LSD lub Ecstasy mogą być akceptowane przez pewne kręgi społeczeństwa. U osób używających Ecstasy obserwuje się zmienność nastroju (80 %), obniżenie koncentracji (70 %), depresję (65 %), zaburzenia snu (52 %), utratę wagi (48 %) [11].

Psychozy egzotyczne

Psychozy egzotyczne można podzielić ze względu na dominującą w nich symptomatologię na takie, w których dominuje lęk, zaburzenia świadomości lub zaburzenia nastroju [3].

Do pierwszej grupy zalicza się „koro”, występujące w Chinach, Indiach, Malezji. Głównym objawem jest lęk przed śmiercią, która ma nastąpić na skutek wciągnięcia członka w głąb brzucha. Chory odczuwa jego kurczenie się, zaburzone jest zachowanie zarówno chorego jak i jego otoczenia, bowiem wszyscy starają się udzielić mu pomocy np. przez trzymanie członka w specjalnych uchwytach, lub przemocowywaniem do niego ciężarków. Przeżywanemu lękowi chorego towarzyszą czasem zaburzenia świadomości, zdarzają się też przypadki śmierci. Lęk występuje napadowo z towarzyszącymi objawami wegetatywnymi o charakterze kołatania serca, zlewnych potów, bladeści powłok skórnych. Zaburzenie to ma wyraźny związek z podłożem kulturowym i wierzeniami [12].

Zaburzenie to może występować nie tylko w pojedynczych przypadkach, czasem ma charakter epidemii, obejmując wielkie grupy ludzkie. Ma wyraźny związek z podłożem kulturowym i wierzeniami. Można sądzić, że jest jakiś związek z poczuciem identyfikacji płciowej, problematyką męskości, poczuciem winy z powodu praktykowania masturbacji, lękiem przed aktywnością płciową, utratą partnera [3]. „Koro” najczęściej występuje u mężczyzn w młodym i średnim wieku. Pojedyncze przypadki opisano u kobiet na Borneo, przy czym lęk dotyczył zanikania piersi i warg sromowych. W ICD-10 zespół „koro” wprawdzie zaliczany jest do kategorii „Inne określone zaburzenia nerwicowe”, wydaje się jednak, że jest on bliższy zaburzeniom psychotycznym. Zaburzenie myślenia dotyczące „wciągania członka”, co może grozić śmiercią wydaje się mieć raczej charakter urojenia. Ponadto może występować jako jeden z objawów psychoz schizofrenicznych lub afektywnych. Pomimo faktu, że „koro” nie jest zjawiskiem częstym, budzi znaczne zainteresowanie badaczy. W piśmiennictwie można znaleźć liczne prace dotyczące opisów przypadków, rozważań diagnostycznych i propozycji leczenia. Jakkolwiek jest ono zaliczane do zaburzeń egzotycznych, to na podstawie

wciąż pojawiających się nowych opisów są sugestie, żeby uznać je za zaburzenie uniwersalne, niezależne od kręgu kulturowego [3,12,13]

W krajach Ameryki Środkowej i Południowej, szczególnie w Meksyku, u młodych osób występuje choroba zwana „susto”, przez Indian zwana „esparto”. Dominuje w niej lęk przed śmiercią, która ma nastąpić jako wynik utraty duszy spowodowanej przez złe duchy, magię lub czary. W pierwszym etapie choroby pojawia się znacznie nasilony lęk, który mijając pozostawia chorego w stanie apatii, rezygnacji, zahamowania lub znacznego pobudzenia ruchowego. Nieprzyjmowanie pokarmów doprowadza do wyniszczenia, czasem dołącza się gorączka, bezsenność, drgawki, biegunka. W licznych przypadkach chorzy umierają. Być może, że w przebiegu tej choroby odgrywa rolę dołączająca się infekcja [4,14].

„Imu”, występujące najczęściej u japońskich kobiet zaburzenie, polega na napadowym lęku, niepokoju, czemu towarzyszą objawy takie jak echolalia, echopraksja oraz zachowania agresywne [10].

W grupie, gdzie dominuje zaburzenie świadomości mieści się występująca w południowej Afryce „ufufuyana saka” przypisywana wpływom magicznym, wywołanym przez podanie zatrutego napoju przez odrzuconego kochanka, albo przez działanie duchów. Osoba taka krzyczy, szlocha, powtarza słowa nie powiązane ze sobą, może zachowywać się jak sparaliżowana, może mieć drgawki. Stan taki może trwać kilka dni lub tygodni. Częściej występuje u niezamężnych kobiet, czasem jego początek wiązany jest ze spojrzeniem mężczyzny, szczególnie obcego.

„Pibloctoq” - zaburzenie występujące za Kołem Podbiegunowym objawia się napadami gwałtownych zachowań polegających na zrywaniu z siebie ubrania, darciu go, biegu bez celu, tarzaniu się w śniegu, echolalii, niszczeniu przedmiotów, zjadaniu odchodów. Niekiedy pojawiają się drgawki. Atak takiego zaburzenia trwa zazwyczaj kilkanaście minut i po przemienieniu okres jego trwania pokryty jest całkowitą niepamięcią.

Podobne stany mogą czasem występować w różnych rytuałach religijnych i ustępują bez śladu, a ich przyczyna jest upatrywana we wcielaniu się w daną osobę duszy przodka, Boga, szatana, dybuka (zły duch opatrujący daną osobę- w tradycji żydowskiej) itp.[3]

Wśród Indian Navaho w środkowo-zachodniej części USA występuje choroba szalonej ćmy (moth madness). U chorych występują napady podobne do padaczkowych, zachowania autodestrukcyjne, utrata kontroli nad zachowaniem, oraz poczucie, że głowa, tułów, narządy płciowe kurczą się. Nazwa wywodzi się z podobieństwa zachowania chorego do miotania się ćmy. Indianie wierzą, że przyczyną choroby jest pogwałcenie tabu kazi-rodztwa [10].

Do bardziej znanych obrazów klinicznych przebiegających z zaburzeniem świadomości jest „latah” opisywane wśród ludności na Jawie, Madagaskarze, w Japonii i w Tybecie. Stan taki występuje głównie u kobiet, pojawia się zwykle na widok węża lub tygrysa, albo na dźwięk nazw tych zwierząt. Jest wyrazem silnego przeżycia strachu. Charakteryzuje się zwężeniem świadomości, lękiem, zaburzeniami zachowania, często w postaci ucieczki przed siebie [15].

Z zaburzeniem świadomości przebiega też „amok”, spotykany w Azji Południowo-wschodniej, czasem w Ameryce Środkowej, Nowej Zelandii i w Kenii. Częściej występuje u mężczyzn. Zaburzenie rozpoczyna się stanami medytacji, następnie pojawia się stan znacznego pobudzenia, zwężenia świadomości, oraz zaburzenia zachowania polegające na bardzo nasilonej agresji fizycznej wobec otoczenia, co często kończy się zabójstwem. Zdarza się agresja skierowana do siebie, co doprowadza do samobójstwa. Stan taki trwa minuty lub godziny, kończy się snem, a po obudzeniu chory nie pamięta jego przebiegu. Amok mieści się w kodzie F.68.8-inne specyficzne zaburzenia osobowości i zachowania [16].

„Mal ojo” (złe oko) występuje u młodych ludzi w Ameryce Środkowej, polega na pojawieniu się lęku, niepokoju, zwężenia świadomości, obniżeniu nastroju, zaburzeń snu, nudności, czasem gorączki. Jej początek jest nagły i trwa krótko. Według miejscowych wierzeń choroba jest spowodowana rzuconym urokiem lub czarami przez zazdrosną osobę. W różnych kulturach, na różnych kontynentach występują stany transu, w czasie wykonywania tańców rytualnych w takt rytmicznej muzyki, lub śpiewu. W miarę przyspieszania rytmu świadomość osób tańczących ulega zwężeniu, narasta napięcie emocjonalne, zachowanie staje się automatyczne. Trans rytualny jest często poprzedzony przyjmowaniem środków odurzających. [3,6].

Z zaburzeniem świadomości przebiega „zar”, występujący w Północnej Afryce. Wiąże się z opętaniem przez złego ducha, co prowadzi do zaburzeń zachowania. Chory taki śmieje się, płacze, krzyczy, uderza głową w drzewo. Działania te nie podlegają skorygowaniu przez rodzinę, ani osoby trzecie, poza szamanem.

„Amakiro” to z kolei psychoza poporodowa występująca w Afryce, przebiegająca z zaburzeniem świadomości, jest wiązana z utratą duszy na korzyść nowo narodzonego dziecka. Zbliżone symptomatologicznie zaburzenie poporodowe występuje na Fidżi zwane „tadoka”. Dominują w nim objawy somatyczne z lękiem i obniżeniem nastroju. W Tunisie opisywane jest zaburzenie „stamboli” wywołane przez owładnięcie przez złego ducha. W celu usunięcia tego zaburzenia bywa wykonywany taniec, który przy wzrastającym tempie przechodzi w stan transu, często kończący się drgawkami [3].

Zaburzeniem związanym z nastrojem jest „windigo”, występujące u kanadyjskich Indian Ojibwa. W początkowej fazie pojawia się depresja, tendencja do odosabniania się, lęk, brak łaknienia, następnie występują biegunki i wymioty. Po kilku dniach chory zaczyna wypowiadać urojenia, że zamienił się w „windigo”, czyli potwora o postaci olbrzymiego szkieletu z lodu, który według mitów żywi się ludzkim mięsem. Identyfikacja z owym potworem doprowadza do zaburzeń zachowania z tendencją do spożywania swoich towarzyszy. Jako niebezpieczny dla szczepu człowiek taki zostaje wypędzony lub nawet zabity [4].

W Korei występuje „hwa-byung”, jako skutek tłumienia gniewu. Charakterystyczne objawy to: bezsenność, uczucie znużenia, paniczny lęk przed śmiercią, depresja. W tym regionie występuje też „sin-byung”, rozpoczynający się bólami w różnych okolicach ciała. W miarę trwania tego stanu pojawia się rozszczepienie osobowości. Dolegliwości te są przypisywane opętaniu przez duchy przodków [3].

W Indiach, Sri Lance i Chinach ostrym lękiem, szczególnie przed zachorowaniem na jakąś chorobę, poczuciem wyczerpania manifestuje się u mężczyzn „dhat”, które jest wiązane z utratą nasienia [17].

Voodoo jest synkretyczną religią afroamerykańską wyznawaną głównie na Haiti i na południu USA. Podstawę stanowią wierzenia ludów zachodnioafrykańskich (Joruba, Kongo, Fulanie), a w tych wierzeniach odgrywają wielką rolę rytuały. Wyznawcy voodoo uprawiają kult przodków oraz włączają do swego panteonu ludzi zasłużonych dla narodu lub lokalnej społeczności. Podstawą kultu są „rytuały opętania”. Ważną rolę odgrywają w nich bębny, za pomocą których wygrywa się skomplikowane polirytmie. Dzięki nim uczestnicy wchodzi w trans, podczas którego duchy opanowują jedną lub więcej osób, które zostały wcześniej inicjowane w kult lub posiadają specyficzne predyspozycje do wejścia w trans.

Wśród wyznawców Voodoo występuje przekonanie, że dzięki magii można ożywić ciało zmarłego i spowodować, iż będzie ono np. pracować na polu jako automat - zombie. Dana osoba staje się takim zombie wskutek zatrucia szczególnym rodzajem trucizny, przygotowanej przez czarownika. Do tego celu używane są takie substancje jak atropina, hioscyamina, tetrodotoksyna. Takiej czynności zazwyczaj dokonuje czarownik tzw. nekromanta który zajmuje się ożywianiem zmarłych, którzy mają wykonywać jego polecenia.

W niektórych społeczeństwach stany transu są kulturowo akceptowane i osoby, które im ulegają cieszą się społecznym szacunkiem. Prawdopodobnie, jeśli wykluczyć występowanie takich stanów pod wpływem środków halucynogennych to można przypuszczać, że są one związane ze szczególnymi cechami osobowości tych osób [3].

Z psychiatrią kulturową wiąże się również pojęcie „szamana”, określające człowieka który zajmuje się uzdrawianiem i jest liderem religijnym i politycznym. Słowo „szaman” pochodzi z języka wschodniosyberyjskich Ewenków, dawniej Tunguzów. Kiedyś szamanizm kojarzony był wyłącznie obszarem środkowej Syberii, okazuje się jednak że był obecny w wielu innych systemach wierzeń na wszystkich kontynentach. Kiedy w XIX wieku odkryto nadmorskie plemiona w północno-zachodniej części Ameryki Północnej, stwierdzono, że szaman pełnił tam rolę w komunikowaniu się z duchami. Niekiedy szamanem zostawała osoba z padaczką, traktowana jako posiadająca niezwykle właściwości. Podobnie można sądzić, że wśród szamanów mogły występować zaburzenia psychiczne o charakterze schizofrenii, kiedy mistyczne przeżycia były wyrazem objawów psychopatologicznych. Warto podkreślić, że jeżeli były to osoby chore psychicznie, to dzięki swojej funkcji uzyskiwały istotne wsparcie ze strony społeczności i funkcjonowały w niej na odrębnych, ale akceptowanych przez wszystkich prawach [18].

Podsumowanie

Opisano wiele zespołów chorobowych występujących jedynie w konkretnych grupach etnicznych, poza tym zaburzenia psychiczne diagnozowane w innych miejscach na świecie mogą charakteryzować się specyficznymi cechami. Znajomość zagadnień psychiatrii kulturowej umożliwia klinicyście osiągnięcie szerszej perspektywy w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów.

Piśmiennictwo

- Gaw A.C. Zagadnienia kulturowe. W: Hales R.E., Yudofsky S.C., Gabbard G.O. red., *Psychiatria Tom 1.*, Warszawa; Medipage: 2010, s. 307-333.
- Barrio C., Culture and schizophrenia: A cross-ethnic growth curve analysis. *J Nerv Mental Disease*, 2001; 189 (10): 676-684.
- Grzywa A. *Oblicza psychozy*. Lublin; Wyd. Czelej: 2005.
- Jakubik A. *Psychiatria kulturowa*. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. red. *Psychiatria Tom 3.*, Warszawa; PZWL: 1989, s. 51-64.
- Krzyżowski J. *Psychiatria transkulturowa*. Warszawa; Medyk: 2002.
- Yap P.M. *Comparative psychiatry: A theoretical Framework*. Toronto; University of Toronto: 1974.
- Wulff E. *Ethnopsychiatrie*. Wiesbaden; Akademische Verlagsgesellschaft: 1978.
- Kirmayer L.J., Young A. Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspective., *Psychosom Med*, 1998; 60: 420-430.
- Eliade M. *Aspekty mitu*. Warszawa; Wyd. KR: 1998.
- Grzywa A. *Pogranicza psychiatrii*. Lublin; Wyd. Czelej: 2009.
- Parrot A. Kac po ekstazie. *Charaktery*, 2009; 8: 88-91.
- Bernstein R.L., Gaw A.C. Koro: proposed classification for DSM-IV. *Am J Psychiatry*, 1990 ;147(12):1670-4.
- Montgomery C. *Bóg Rekin. Wyprawa do źródeł magii*. Warszawa; Świat Książki: 2007.
- Quinlan M.B. Ethnomedicine and ethnobotany of fright, a Caribbean culture-bound psychiatric syndrome. *J Ethnobiol Ethnomed*, 2010;17(2): 6-9.
- Kenny M.G. Latah: the symbolism of a putative mental disorder. *Cult Med Psychiatry*, 1978;2(3):209-31.
- Hatta S.M. A Malay crosscultural worldview and forensic review of amok. *Aust N Z J Psychiatry*, 1996; 30(4):505-10.
- Sumathipala A., Siribaddana S.H., Bhugra D. Culture-bound syndromes: the story of dhat syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 2004;184: 200-209.
- El-Mallakh R.S. Schizophrenia and the origins of shamanism among the Kwakiutl maritime cultures of Northwest North America: A hypothesis. *Schizophrenia Res*, 2006; 86: 329-330.