

Andrzej Jakubik

Kultura a zaburzenia psychiczne

Studia Psychologica nr 4, 133-150

2003

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ANDRZEJ JAKUBIK
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

KULTURA A ZABURZENIA PSYCHICZNE

Culture and mental disorders

Abstract

The main subject of the paper is the presentation of the relationship of mental health and mental disorders to culture from the point of view of contemporary psychiatry. In this review of the literature, the author reports on methods and basic concepts for comparative studies of mental illness in different cultural groups. The author distinguishes cultural psychiatry from transcultural and crosscultural psychiatry. At the beginning, this work concerns definition of terms, history of the field, cultural relativism (behavior patterns that we regard as normal may be defined in other cultures as abnormal) and a map of the problems to be approached. Successively, the paper focuses predominantly on epidemiology, etiology, etiopathogenesis, and clinical types of mental disorders in different cultures. A very important topic is that of specific mental disorder syndromes (so-called exotic syndromes) determined by culture, e. g. koro, susto, thanatomania, palling, latah, amok, witico, transient psychoses, possession, trance etc. To problem the author devotes a good deal of attention. Finally, the author presents different methods of therapy, suggesting that the relative therapy is the best.

1. WPROWADZENIE

Istniejące obecnie wyraźnie zróżnicowane stadia rozwojowe krajów i regionów świata są ściśle związane z wielością kultur, wierzeń, obyczajów i hierarchii wartości, kształtujących świadomość społeczną określonych społeczeństw i społeczności. Te różne fazy rozwojowe „wpływają na postrzeganie chorób, w tym chorób psychicznych, w kontekście ich przyczyn, rozpoznań, leczenia i postaw wobec chorych psychicznie; służą także pozytywnej weryfikacji założenia o współwystępowaniu większości znanych historycznie i współcześnie koncepcji choroby psychicznej” (Brodniak, 2000, 52-53).

W piśmiennictwie z zakresu psychiatrii kulturowej i historii psychiatrii znajdujemy zarówno różnorodne koncepcje zaburzeń psychicznych oraz próby wyjaśnienia ich przyczyn, jak i sposoby diagnozowania i metody leczenia w danej kulturze i społeczeństwie. Dzisiaj powstaje podstawowe pytanie: czy koncepcje współzależności kultury i zaburzeń psychicznych opisywane w ramach psychiatrii kulturowej w okresie jej szczególnego rozkwitu, tj. w latach 60-80-tych XX wieku, zmieniły się aktualnie w jakimkolwiek stopniu, czy też pozostały nienaruszone? Przeprowadzona przeze mnie analiza *online* 926 publikacji z zakresu oma-

wianej literatury przedmiotu z lat 1997-2002, prowadzi do zasadniczego wniosku, że – poza licznymi pracami przyczynkarskimi i kazuistycznymi – nic nowego w tym zakresie nie ma do odnotowania. Uwaga ta dotyczy także piśmiennictwa cytowanego w najnowszym obszernym opracowaniu Krzyżowskiego (2002). W tej sytuacji przedstawioną tutaj próbę syntezy tej złożonej problematyki oparłem na podstawowych światowych opracowaniach monograficznych z okresu świetności psychiatrii kulturowej.

2. PODSTAWOWE POJĘCIA

Psychiatria kulturowa stanowi dziedzinę psychiatrii społecznej, której przedmiotem zainteresowania jest zagadnienie epidemiologii, etiologii, patogenezy, symptomatologii i leczenia zaburzeń psychicznych w zależności od określonych kultur i warunków środowiska. Pojęcie psychiatrii kulturowej (Foulks i in., 1977; Jakubik, 1989; Opler, 1956; Tseng i McDermott, 1981) jest nadrzędne w stosunku do takich terminów, jak psychiatria transkulturowa, psychiatria porównawcza czy etnopsychiatria. *Psychiatria transkulturowa* (Kiev, 1972; Krzyżowski, 2002; Pfeiffer, 1971; Reuck i Porter, 1965) zajmuje się badaniem cech zaburzeń psychicznych wspólnych dla wielu kultur, natomiast *psychiatria porównawcza*, zarówno w szerokim (Gaw, 1982; Lenz, 1964; Murphy i Leighton, 1965; Petrilo-witsch, 1967), jak i wąskim znaczeniu (Yap, 1974), koncentruje się nie na podobieństwach, ale na różnicach w patologii psychicznej, uwarunkowanych odmiennością kręgów kulturowych. *Etnopsychiatria* (Wulff, 1978) bada egzotyczne typy zaburzeń psychicznych i ustala ich ewentualny związek ze zmiennymi etnicznymi. Na określenie psychiatrii kulturowej nie używa się już obecnie nazw w rodzaju psychiatria antropologiczna czy też psychiatria egzotyczna.

Początki psychiatrii kulturowej mają swoje źródło w średniowiecznych przekazach i opisach zaburzeń psychicznych obserwowanych przez podróżników i misjonarzy. Pierwsze badania z tego okresu opublikował Moreau w 1843 r., a w niewiele lat później także i inni badacze Dalekiego Wschodu jak Balz, Bauer, Snouck-Hurgranje. Termin „psychiatria porównawcza” wprowadził Kraepelin (1904), który w czasie pobytu na Jawie, zwrócił uwagę na różnice kulturowe w obrazie klinicznym zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zespołu depresyjnego. Do lat czterdziestych naszego stulecia, historia psychiatrii kulturowej wiąże się ściśle z rozwojem antropologii kulturowej, a szczególnie z badaniami nad kulturowymi uwarunkowaniami rozwoju osobowości (por. Benedict, 1966; Linton, 1975; Mead, 1978). Lata powojenne są okresem największego rozkwitu psychiatrii kulturowej (liczne badania ukierunkowane na poszukiwanie związku między kulturą a psychopatologią), potem nastąpił wyraźny spadek zainteresowania tą problematyką, głównie z powodu trudności teoretyczno-metodologicznych (Brialin i in., 1973; Triandis i Draguns, 1979). Obecny, ponowny wzrost zainteresowań łączy się z gwałtownym rozwojem opieki psychiatrycznej w krajach Trzeciego Świata (por. Al. -Issa, 1982; Gaw, 1982; Kline, 1960; Pfeiffer i Schoene, 1980; Roselli, 1970).

Dotychczasowe osiągnięcia psychiatrii kulturowej można w zasadzie sprowadzić do dwóch podstawowych tez:

– istnieje swoisty związek między czynnikami kulturowymi a zaburzeniami psychicznymi,

– pojęcia normy i patologii psychicznej – pomijając poważne trudności definicyjne – nie można rozpatrywać bez uwzględnienia relatywizmu kulturowego.

O ile brak jeszcze ścisłych, empirycznie zweryfikowanych ustaleń odnośnie do szczegółowej roli czynników kulturowych w etiopatogenezie, symptomatologii i terapii zaburzeń psychicznych, o tyle tezę drugą można uznać za udowodnioną.

Wg Murphy'ego i Leightona (1965), badając wzajemne zależności między określoną kulturą a zaburzeniami psychicznymi, trzeba wziąć pod uwagę następujące możliwości uwarunkowań kulturowych:

- powstanie swoistych („egzotycznych”) zespołów zaburzeń psychicznych,
- ukształtowanie pewnych typów osobowości podatnych na zaburzenia psychiczne,
- wpływ patogenetyczny,
- wpływanie poprzez określone sankcje (nagradzanie lub karanie) społeczne na potencjalną możliwość zachorowań oraz na swoistość obrazu klinicznego,
- działanie czynnika wyzwalającego zaburzenia,
- utrwalanie zaburzeń przez powierzanie prestiżowych ról społecznych osobom chorym psychicznie, np. ról szamana (Eliade, 1994), uzdrowiciela, kapłana, guru,
- stwarzanie warunków sprzyjających powstawaniu zaburzeń (np. szybkie przemiany kulturowe, migracja),
- wpływ na rozpowszechnienie i przestrzenne rozmieszczenie zaburzeń psychicznych (np. odmienne modele instytucji małżeńskich, tabu klanowe, wzorce żywienia i higieny).

Panuje powszechna zgodność poglądów, że zaburzenia psychiczne występują we wszystkich kręgach kulturowych, istnieje jednak wyraźny relatywizm w odniesieniu do normy i patologii psychicznej: to, co w jednej kulturze uważa się jeszcze za prawidłowe, w drugiej może być uznane za patologiczne – i odwrotnie. Zdaniem Yapa (1974), uniwersalne pojęcie patologii psychicznej powinno opierać się na kryterium przyczynowo-funkcjonalnym z naciskiem na czynnik biologiczny, natomiast relatywne pojęcie patologii – na kryterium opisowo-statystycznym z podkreśleniem czynników psycho-społeczno-kulturowych.

W ten sposób łatwiej będzie odróżnić patologię psychiatryczną (dysfunkcje biologiczno-psychologiczne) od patologii społecznej (zaburzenia funkcjonowania społecznego). Autor wyraża opinię, że jedynie psychiatria kulturowa systemowa, integrująca oba wymienione kryteria, może stworzyć perspektywy rozwoju wartościowych badań i rozwiązania podstawowych problemów w tym zakresie.

3. EPIDEMIOLOGIA, ETIOPATOGENEZA I OBRAZ KLINICZNY

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w różnych kulturach nie jest dokładnie znane, a publikowane dane epidemiologiczne charakteryzuje duża rozbieżność, zarówno w odniesieniu do podstawowych wskaźników (chorobowość, zapadalność, ryzyko zachorowania), jak i rodzaju zaburzeń (por. Krzyżowski, 2002; Pfeiffer, 1971; Pfeiffer i Schoene, 1980; Schwab, 1978). Dlatego większość badaczy ocenia te dane jako bezwartościowe, a oparte na nich próby interpretacji różnic uważa za nieuzasadnione (por. Jakubik, 1989; Torrey, 1981).

Przyczyny braku wiarogodnych danych epidemiologicznych są złożone, a z najważniejszych można wymienić błędy metodologiczne – np. dowolność kryteriów diagnostycznych, brak badań na próbach reprezentacyjnych, nieadekwatność narzędzi badawczych (aczkolwiek w latach 80-tych pojawiły się nieliczne kwestionariusze objawów napisane w lokalnych językach), nieporównywalność i małą wartość takich wskaźników, jak liczba pierwszych przyjęć do szpitala czy liczba osób leczonych – bardzo niski stopień rozwoju opieki psychiatrycznej w wielu badanych rejonach, różny poziom wiedzy psychiatrycznej wśród badających, trudności w odróżnieniu zaburzeń psychicznych od przyjętych w danej kulturze wierzeń, obyczajów, sposobów myślenia i zachowania się, nieufność do lekarzy a wiara w uzdrowicieli plemiennych, akceptujący stosunek otoczenia do chorych, bariera językowa itp.

Wielu autorów sądzi, że częstość występowania zaburzeń psychicznych jest jednakowa we wszystkich kulturach. Istnieje natomiast powszechna zgodność poglądów na różnice w symptomatologii zaburzeń psychicznych chociaż wyniki nielicznych badań wskazują, że podobieństwa objawów chorobowych w różnych kulturach są większe i istotniejsze (Chiny, Filipiny, Indonezja, USA). Na przykład nie obserwowano różnic w postaciach zaburzeń psychicznych między grupami rasowymi i narodowościowymi w dawnym ZSRR (Gerard i SujECKA-Szymkiewicz, cyt. Jakubik, 1989).

Co się tyczy *schizofrenii*, stwierdzono następujące istotne różnice: 1/ w krajach azjatyckich schizofrenia występuje najczęściej w postaci zespołu katatonicznego lub hebefrenicznego; częste u ludności hinduskiej stany osłupienia katatonicznego wiążą się z przyjętymi w tej kulturze postawami Yogi i Sanayasi, a brak zachowań agresywnych – z nawykiem kontrolowania ujemnych emocji; 2/ schizofrenia paranoidalna występuje częściej w Afryce Północnej i Ameryce Południowej, a w treści urojeń przeważa tematyka religijna (wśród wyznawców chrześcijaństwa i islamu), magiczna i mistyczna; związek treści urojeń z wiarą w czary, uroki i demony obserwowano także w Europie, m. in. we Francji i Szwajcarii; w kilku krajach azjatyckich, zwłaszcza w Chinach, dominują w obrazie klinicznym urojeń niewierności; 3/ w plemionach afrykańskich zespół paranoidalny odznacza się nagłym, ostrym początkiem, krótkim czasem trwania, zwykle nieusystematyzowanymi urojeniami, bogactwem omamów, nie tylko słuchowych (prawie zawsze głowy są przyjazne), ale także czuciowych, a głównie wzrokowych; za typowe cechy uważa się również słabo wyrażony autyzm, swoiste zaburzenia mowy (tzw. *recitativo*) oraz wyraźną dziwaczność i stereotypowość czynności ruchowych; te ostatnie objawy łączy się z wpływem tańców i śpiewów rytualnych (por. Pfeiffer, 1971). Zdaniem niektórych autorów (Carothers, 1965; Yap, 1974), obraz zespołów schizofrenicznych w społecznościach plemiennych jest podobny do opisywanych w średniowiecznej Europie.

W krajach afrykańskich i latyno-amerykańskich, *choroby afektywne* występują przeważnie w formie zespołów maniakalnych, a do podstawowych cech zespołu depresyjnego należą: 1/ brak urojeń winy i grzeszności (uważanych za charakterystyczne dla kultur judeo-chrześcijańskich), 2/ somatyzacja objawów, stąd przeważa zespół hipochondryczny i neurasteniczny z licznymi skargami somatycznymi (szczególnie ze strony układu pokarmowego), 3/ brak poczucia małej warto-

ści, 4/ rzadkość samobójstw. Swoista forma zespołu maniakalnego, opisanego wśród mieszkańców Fidżi pod nazwą „*matiruku*”, charakteryzuje się krótkim przebiegiem, częstymi nawrotami i nasileniem objawów w godzinach rannych (por. Pfeiffer i Schoene, 1980). Brak urojeń depresyjnych (winy, grzeszności, małej wartości) tłumaczy się silną więzią jednostki z grupą społeczną, co pozwala na redukcję poczucia winy poprzez przejęcie współodpowiedzialności przez całą społeczność, przypisywanie winy złym duchom, stosowanie ochronnych rytuałów magicznych, publiczne samooskarżanie się.

Wymienione zależności interpretuje się najczęściej w psychoanalitycznych kategoriach mechanizmów projekcji i ekspiacji (por. Reuck i Porter, 1965). Małe rozpowszechnienie zespołów depresyjnych w społecznościach plemiennych i grupach etnicznych wyjaśnia się społeczną akceptacją chorego na depresję (np. u Hutterytów depresja jest traktowana jako próba boska a nie choroba – Eaton i Weil, 1955), a także jego brakiem przekonania o własnej niewydolności fizycznej i psychicznej w tych społecznościach, które nie posiadają określonych kryteriów pełnej wydolności jednostki. Z tych samych powodów stwierdza się niski wskaźnik hospitalizacji w zespołach depresyjnych (Pfeiffer, 1971). Być może jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest zakorzeniony w niektórych nacjach (Chiny, Korea) wstyd przed przyznaniem się do choroby lub nadmierna somatyzacja zespołu depresyjnego.

Ścisłe związanym z kulturą przejawem depresji jest samobójstwo dokonane, którego niski lub bliski zeru wskaźnik wiąże się głównie z wpływami religijnymi (np. w Irlandii) lub ze spójnością rodziny i klanu (np. u plemion afrykańskich). Natomiast wysoką częstość samobójstw w Japonii tłumaczy się dawnymi tradycjami (np. rytualne seppuku czy też harakiri jako świadectwo poczucia honoru), a w Indiach – kultami Bhairawy lub Wisznu bądź skrajnie ascetycznym życiem prowadzącym do śmierci. Podobne motywy u mieszkańców Indonezji i Singapuru opisuje Pfeiffer (1971), który wspomina także o innych przyczynach samobójstw, szczególnie w społecznościach plemiennych, np. zwyczaj samobójstwa żony po śmierci męża, pragnienie połączenia się z przodkami w ramach kultu zmarłych itp.

U plemion afrykańskich częste są *zaburzenia psychosomatyczne*, a nerwice występują głównie pod postacią zespołów hipochondrycznych, lękowych i histerycznych (Al-Issa, 1982). Na Filipinach obserwuje się głównie nerwice depresyjne, a w Chinach – lękowe, histeryczne i depresyjne (Caudill i Lin, 1969). W Japonii, szczególnie u osób młodych, występują dwie swoiste formy zaburzeń nerwicowych: 1/ *shinkeishitsu* – zespół natręctw z objawami hipochondryczno-neurastenicznymi i silnym niepokojem, 2/ *wagamama* – zespół apatyczny z negatywizmem, drażliwością i zachowaniami regresywnymi (por. Torrey, 1981). Znacznie trudniejsza jest ocena rozpowszechnienia *dewiacji seksualnych* ponieważ wiele z nich bywa akceptowanych społecznie, np. w niektórych kulturach homoseksualizm jest uważany za zachowanie prawidłowe, a nawet obowiązkowo poprzedzające inicjację heteroseksualną. W wysoko rozwiniętych społeczeństwach związki homoseksualne mogą być uregulowane prawnie (małżeństwa homoseksualne). W plemionach indiańskich, usankcjonowany kulturowo transwestytyzm zwalnia słabszych biologicznie mężczyzn od pełnienia roli męskiej (Opler, 1959).

Wysoki wskaźnik rozpowszechnienia charakteryzuje *zespoły reaktywne*, z których przede wszystkim spotyka się depresję reaktywną oraz różne postacie tzw. egzotycznych zespołów zaburzeń psychicznych (zob. niżej). Depresję reaktywną często obserwuje się u imigrantów, wiążąc ją z takimi czynnikami, jak słaba więź społeczna danej grupy etnicznej, niższy status społeczny, izolacja, dyskryminacja, barak poczucia bezpieczeństwa w nowym środowisku, trudności adaptacji, nie znajomość języka, brak tolerancji na stres itp. W ostatnich latach stwierdza się wyraźny wzrost depresji reaktywnych u osób powracających do rodzinnego kraju z Europy lub USA po odbytych studiach, pracy zarobkowej, służbie wojskowej itd. W genezie zespołu depresyjnego reaktywnego u kobiet, podkreśla się znaczenie swoistych czynników, m. in. lęku przed niepiłodnością, opuszczenia bezdzietnej żony przez męża, małżeństwa z partnerem wybranym przez rodziców (Pfeiffer, 1971). W większości badań zakłada się psychoanalityczną koncepcję depresji, w myśl której jest ona skutkiem „utrąty obiektu miłości” (tj. utraty bliskiej osoby lub roli, statusu społecznego itd.).

W psychiatrii kulturowej akcentuje się etiopatogenetyczną rolę zarówno środowiska kulturowego, jak i fizycznego (np. klimat, sposób odżywiania, swoiste infekcje). Nadal jednak problem znaczenia kultury w genezie zaburzeń psychicznych jest kwestią sporną, aczkolwiek istnieje zgodność poglądów co do spraw zasadniczych. Na przykład obecnie nikt nie kwestionuje już ważnej roli uwarunkowań kulturowych w rozwoju osobowości (Hsu, 1961; Linton, 1975; Spiro, 1965; Wallace, 1970). Struktury poznawcze osobowości – czyli zdeterminowane kulturowo pojęciowe reprezentacje własnej osoby, świata zewnętrznego i ich wzajemnych relacji – wpływają na treść i obraz zaburzeń psychicznych, a także na sposób wyrażania emocji (ekspresja) i emocjonalnego reagowania, zwłaszcza w sytuacjach stresowych. Jednocześnie podkreśla się udział czynnika dziedziczno-konstytucjonalnego (np. temperamentu) związanego z rasą (por. Pfeiffer, 1971).

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. Podstawowe elementy instytucji wtórnych – to przede wszystkim wierzenia, obyczaje, rytuały, system norm i wartości, cechy struktury społecznej (stopień spójności grupy, rodzaje więzi międzyosobowych, podział na klasy, problem przywództwa, role społeczne, status i prestiż społeczny, sposoby społecznego karania i nagradzania, itp.), wzorce myślenia i zachowania się, systemy prawne, ekonomiczne, polityczne itd. Instytucje wtórne mogą mieć znaczenie patogenetyczne przez swoje naciski i wymogi przekraczające możliwości przystosowawcze jednostki. Drugą ewentualnością byłyby sytuacje, w których jednostce zostają narzucone nowe wartości, wierzenia, obyczaje, role, sankcje, modele zachowania się itp., jak to dzieje się w społeczeństwach w fazie gwałtownych przemian (urbanizacja, industrializacja) lub w zetknięciu z kulturą odmienną (migracja, kolonizacja).

Ważne znaczenie ma wspomniany relatywizm kulturowy w odniesieniu do normy i patologii psychicznej (np. wiele form zaburzeń psychicznych nie jest traktowanych jako choroba) oraz ogólnie biorąc pozytywne postawy społeczności wobec chorych psychicznie (np. akceptacja roli osoby chorej, zwłaszcza u lu-

dzi w podeszłym wieku, których pozycja społeczna jest zwyczajowo bardzo wysoka), chociaż zdaniem niektórych badaczy (Pfeiffer, 1971), stosunek ten może być bardzo różny: od gloryfikacji chorego jako osoby świętej, wybranej (czasem wyróżnia się taką jednostkę przez powierzenie jej roli szamana), poprzez izolację społeczną i brutalne metody krępowania, aż do zabijania włącznie. W społecznościach plemiennych stopień tolerancji chorych psychicznie jest jednak na ogół wysoki, a w większości krajów azjatyckich i afrykańskich nie uważa się za chorobę upośledzenia umysłowego, zespołu depresyjnego czy otępienia starczego (por. Kleinman i Lin, 1980; Pfeiffer i Schoene, 1980). Jednocześnie należy pamiętać, że dla pewnych kultur typowe jest oczekiwanie społeczne, aby ludzie starzy sami dobrowolnie szukali śmierci (np. pozostanie na szlaku w Eskimosów).

Uogólniając dotychczasowe wyniki badań i podsumowując poglądy licznych autorów, można przyjąć, że uwarunkowania kulturowe zaburzeń psychicznych mają złożony, różnorodny charakter, dlatego trudno dokładnie ustalić i ocenić ich znaczenie. Kultura może bowiem – w mniejszym lub większym stopniu – odgrywać rolę *czynnika precypitującego, pato-plastycznego lub wyzwalającego* zaburzenia psychiczne.

4. SWOISTE ZESPOŁY ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Literatura przedmiotu zawiera opisy szeregu zespołów zaburzeń psychicznych, interpretowanych jako swoiste i typowe dla określonych kręgów kulturowych, a nazywanych „psychozami etnicznymi” (por. Schwab, 1978), „psychozami egzotycznymi” (Pfeiffer, 1971), „egzotycznymi zespołami psychiatrycznymi” (Meth, cyt. Jakubik, 1989) lub najczęściej „zespołami uwarunkowanymi kulturowo” (Yap, 1974). Zdaniem większości autorów są to zespoły reaktywne typu ostrej reakcji psychogennej o nietypowej symptomatologii i przebiegu. Torrey (1981) sprzeciwia się wyodrębnianiu tego rodzaju zespołów, uważając, że „wszystkie choroby psychiczne mają zasięg ograniczony kulturowo, gdyż kulturowo ograniczony jest sam system klasyfikacji” (s. 59). Wielu badaczy sądzi, że niektóre „zespoły egzotyczne” są po prostu nietypowymi postaciami zespołów schizofrenicznych lub psychozy schizoafektywnej (Opler, 1956; Wittkower i Prince, cyt. Jakubik, 1989), a również część z pozostałych zaburzeń można zaklasyfikować do poszczególnych grup diagnostycznych, przyjętych w psychiatrii euroamerykańskiej. Istnieją jednak formy zaburzeń psychicznych o zasięgu wyraźnie ograniczonym kulturowo (np. „zespół całkowitego zniechęcenia” u Sjuksów, „szaleństwo ćmy” i „choroba upiora” u Indian Nawaho), które nie dają się przełożyć na nasz system klasyfikacyjny. W niektórych zespołach z tego zakresu wskazuje się na patogenetyczny wpływ czynnika somatycznego, np. różnych infekcji, chorób pasożytniczych, głodu, niedożywienia, procesu odwodnienia w klimacie tropikalnym, związków psychozomimetycznych (liście koka, konopie indyjskie, pejotl, teonanakatl, ololiukwi itp.) stosowanych w ceremoniach magicznych, obrzędach religijnych i czynnościach rytualnych.

4.1. ZESPOŁY LĘKOWE

◆ *Koro*

Do najbardziej znanych zespołów z dominującą symptomatologią lękową należy *koro*, spotykane głównie w Chinach (Kleinman i Lin, 1980), ale także w In-

donezji, Malezji, Singapurze, Indiach i na Tajwanie, rzadziej w Sudanie i Izraelu. Po raz pierwszy opisany w 1874 r. przez Matthesa, zespół ten był już znany w tradycyjnej medycynie chińskiej (jako *suo yang* – „kurczenie się członka”) i indyjskiej (jako *dhat* lub *jiryan* – lęk przed „utrata nasienia” bądź *jinjinia bemar* – lęk przed wciągnięciem członka). *Koro* – to stan ostrego lęku przed śmiercią, która ma nastąpić w wyniku wciągnięcia członka w głąb brzucha. U chorego występują bowiem hipochondryczne obawy przed zanikaniem członka lub dysmorfobiczne przekonania o jego kurczeniu się. Zgodnie z wierzeniami chińskimi, narządy płciowe stanowią ośrodek siły życia i kiedy na skutek zaburzenia równowagi między pierwiastkiem męskim *yang* (symbolizującym życie) i żeńskim *yin* (symbolizującym śmierć) dochodzi do „utruty siły żywotnej” (*shennkuei*) – co przejawia się kurczeniem członka – śmierć jest nieunikniona. Napady panicznego lęku pojawiają się nagle, zwykle u mężczyzn w wieku 30-40 lat, trwają od pół godziny do kilku dni i zawsze towarzyszą im objawy wegetatywne, a czasem zaburzenia świadomości. Pacjent, jego żona, krewni i przyjaciele starają się nie dopuścić do cofnięcia się członka przez kolejne trzymanie go w specjalnych drewnianych uchwytach lub umocowywanie na nim ciężarków (żona często stosuje *fellatio*). Linton (1976) opisał przypadki koro u kobiet na Borneo w formie lęku przed śmiercią, związanego z przekonaniem iż kurczą się im piersi i wargi sromowe. Zaburzenia podobne do koro opisywano też w Sri Lance jako *sukra pramcha* („utrata nasienia”) (por. Pfeiffer i Schoene, 1980) oraz jako *rokjoo* w Tajlandii. W piśmiennictwie psychiatrycznym koro uważa się za zespół depersonalizacyjny, który może wystąpić w przebiegu nerwicy (Yap, 1974) – zwłaszcza nerwicowej impotencji – depresji lub schizofrenii (Wittkower i Prince, cyt. Jakubik, 1989). Diagnoza jest trudna, gdyż w zależności od rejonu występowania istnieje wiele odmian tej choroby.

◆ *Susto*

W krajach Ameryki Łacińskiej, a także wśród latynoskich obywateli USA, często występuje u młodych mężczyzn i kobiet mieszany zespół lękowo-depresyjny zwany *susto* („strach, przerażenie”) lub *espanto* (por. Mariategui, 1970; Rosselli, 1970), rzadziej – *tripa idea*. *Susto* spotyka się najczęściej wśród Indian z plemienia Inków i Aimara, a ostry lęk przed śmiercią związany jest z przekonaniem o „utracie duszy” (w jęz. keczua – „*jani*”), spowodowanej działaniem złych duchów (kradzież duszy w czasie snu, kichania lub przestachu – stąd nazwa „*susto*”), czarnej magii lub rzuceniem uroku. Nagły początek charakteryzuje się ostrym lękiem i silnym niepokojem z wyraźnymi objawami wegetatywnymi lęku, potem następuje stan wyrażający się przede wszystkim apatią, zahamowaniem ruchowym, spadkiem aktywności, męczliwością, utratą łaknienia, zaburzeniami snu, wymiotami, biegunkami, dreszczami, podwyższeniem ciepłoty ciała i postępującym wyniszczeniem fizycznym, kończącym się niekiedy śmiercią. Ten lęk przed opuszczeniem ciała przez duszę wiąże się z poczuciem rozbicia, niepewności i oczekiwania na śmierć. Czasami obraz kliniczny przypomina depresję agitowaną (por. Triandis i Draguns, 1979). Warto zaznaczyć, że np. Meth (cyt. Jakubik, 1989) we wszystkich obserwowanych przez siebie przypadkach *susto* w Ekwadorze, stwierdził współistnienie chorób somatycznych (infekcje, choroby

pasożytnicze). Jego zdaniem, w tego typu zespołach diagnoza waha się między nerwicą lękową a schizofrenią paranoidalną. Rozpoznanie raczej psychozy potwierdzają wyniki badań Rubla z lat 90-tych (cyt. Krzyżowski, 2002).

◆ *Lęk kajakowy*

Wśród Eskimosów mieszkających na Grenlandii, u 10% tamtejszych mężczyzn, występują zaburzenia psychiczne nazywane „*lękiem kajakowym*” (por. Pfeiffer, 1971). Silny lęk pojawia się w formie napadowej w czasie długiego pływania na pełnym morzu przy bezwietrznej pogodzie. Lękowi towarzyszą takie objawy, jak zawroty głowy, zaburzenia percepcji (głównie iluzje), poczucie wywracania się kajaku, osłupienie, objawy wegetatywne (dreszcze, duszność, poty, parcie na mocz). Napady lęku trwają krótko i zazwyczaj ustępują spontanicznie, można także je przerwać uderzając wiosłem o powierzchnię wody lub kajak. Tego rodzaju zaburzenia są prawdopodobnie skutkiem sytuacji deprywacji sensorycznej w jakiej znalazł się na oceanie samotny wiosłarz myśliwy.

◆ *Inne zespoły lękowe*

Do mniej znanych zespołów lękowych uwarunkowanych kulturowo zalicza się:

1. *Bewitchment* („zaczarowanie”) – zespół lękowo-depresyjny obserwowany u mężczyzn z plemienia Yoruba (Nigeria), związany z przekonaniem o wywołanej przez czary impotencji.

2. *Ufufunyana* – stan lękowy występujący u dziewcząt z plemienia Zulu w Afryce południowo-wschodniej, a wyróżniający się koszmarnymi, stereotypowymi marzeniami sennymi o powodziach, tłumach zmarłych, niskich czarnobrodych ludziach, węzach i pawianach (por. Opler, 1959). Sny te są później źródłem stanów lękowych na jawie.

3. *Utox* – ostra reakcja lękowa z zaburzeniami świadomości, opisywana wśród tubylców na Formozie (por. Yap, 1974).

4. *Irkuni* lub *menkeiti* – stan napadowego, nieprzewidywalnego lęku wśród tubylczych ludów Syberii; podobne stany lękowe, zwane *olanczuk*, obserwowano u syberyjskich Tatarów.

5. *Pelo y tata* („za dużo serca”) – silny lęk zlokalizowany w okolicy serca, obserwowany wśród mieszkańców Botswany.

6. *Tanatomania* – opisana pierwotnie przez Cannona w 1942 r. jako tzw. „śmierć Voodoo”, występująca u Indian Ameryki Południowej i Murzynów Afryki Środkowej; tanatomania jest formą ostrej reakcji na stres jaki stanowi złamanie tabu i lęk przed gniewem bogów oraz ostracyzmem plemiennym; osoba, która pogwałciła tabu opuszcza plemienną wioskę i bez konkretnej przyczyny umiera po upływie 1-2 dni; neurofizjologiczny mechanizm tej „psychologicznej śmierci” nie jest dobrze znany, ale niektórzy autorzy podkreślają współistnienie somatycznych czynników przyczynowych, jak głód i zimno (por. Yap, 1974).

7. *Paleng* lub *pafeng* (inaczej: *frigophobia*) – spotykany u Chińczyków i Japończyków silny lęk przed zimnem lub wiatrem, które powodując utratę energii witalnej – poprzez przepełnienie negatywną, a nawet niszczącą energią żeńską (*yin*) – prowadzić ma do śmierci; lęk związany jest ściśle z przymusem ubierania się (np. wkładania wielu warstw ciepłej odzieży nawet w okresie upalnego lata),

zjadaniem dużej ilości ciepłych posiłków i obawą przed wychodzeniem z domu; *paling* wraz z omówioną już wcześniej nerwicą, zwaną *shinkei-shitsu*, są wydzielnymi zwykle jako zespoły natręctw (Kiev, 1972), nierzadko razem z *salat* (przymus ciągłego odmawiania rytualnej modlitwy) i *waswas* (przymus rytualnych ablucji w związku z lękiem o czystość duszy), opisanych u wyznawców ortodoksyjnego islamu, ale przez większość badaczy traktowanych nie w kategoriach patologicznych (por. Pfeiffer, 1971). Bez wątplenia taki pogląd jest sprawą dyskusyjną, zwłaszcza iż wielu badaczy uważa *shinkei-shitsu* za połączenie neurastenii i hipochondrii.

8. *Shenkui* – paniczny lęk występujący w Chinach u mężczyzn w połączeniu z wieloma objawami somatycznymi (zawroty głowy, męczliwość, bóle w krzyżu, bezsenność, niewydolność seksualna); według chińskich przekonań dolegliwości te uwarunkowane są nadmierną utratą nasienia w czasie częstych masturbacji, zmasz nocnych lub zbyt częstych stosunków.

4.2. ZESPOŁY HISTERYCZNE

◆ *Negi-negi*

Grupa histerycznych (dysocjacyjnych) zespołów reaktywnych obejmuje wiele różnorodnych postaci zaburzeń psychicznych uwarunkowanych kulturowo (por. Jakubik, 1989). Reaktywny zespół rzekomo omamowo-urojeniowy, nazywany *negi-negi*, występuje wśród plemienia Bena z Nowej Gwinei jako jedyna akceptowana społecznie forma wyrażania uczuć rozpaczki po śmierci żony lub członka tego samego klanu. Pojawia się nagle w nocy, trwa 3-24 godzin i powstaje wyłącznie u młodych mężczyzn, którym obyczaje plemienne zabraniają ujawniania na zewnątrz jakichkolwiek stanów uczuciowych. Redukcji napięcia emocjonalnego, wywołanego wrogą postawą niektórych członków społeczności, ma służyć reakcja histeryczna o typie zespołu „dzikiego człowieka”, zwanego *lulu*, a obserwowana także na Nowej Gwinei u mężczyzn z plemion Gururumba i Huli.

◆ *Latah*

Szeroko znana jest napadowa reakcja określana terminem *latah*, opisana już w 1883 r. przez O'Briena na Jawie, a charakteryzująca się zwężeniem świadomości, lękiem, echolalią, echopraksją, ehomimią, czasem dodatkowo koprolalią i kopropraksją. Napad trwa krótko (od kilku minut do 1-2 godzin), występuje głównie u kobiet i nierzadko kończy się podnieceniem oraz bezładną ucieczką przed siebie. Pojawia się zwykle na widok węża lub tygrysa, albo na dźwięk nazwy tych zwierząt. Występuje głównie w Malezji i Indonezji. Identyczne objawy opisywano też jako *imu* w Japonii (wśród plemienia Ainu na Hokkaido), *miryachit* lub *amurakh* na Syberii (u Jakutów), *jumping frenchmen* w Kanadzie i USA, *bahtshi* w Tajlandii, *yuan* w Birmie, *malimali* na Filipinach, *dhami* w Tybecie, *belenci* w Mongolii, *komasave* w Sri Lance itp. W Europie taki obraz kliniczny stanowi część składową zespołu katatonicznego, ale w pełnej formie spotyka się rzadko. Wśród Eskimosów kanadyjskich stanom tym towarzyszą drgawki i tendencja do zachowań agresywnych (tzw. *histeria arktyczna* – por. Kiev, 1972), a na Grenlandii chory rozdziera szaty lub rozbiera się do naga, krzyczy, płacze, naśladuje głosy zwierząt i ptaków, biega bezładnie, tarza się po śniegu,

skacze do wody i po kilku lub kilkadziesiąt minutach zapada w głęboki sen, z którego budzi się bez żadnych zaburzeń. Tę postać reakcji historycznej (dysocjacyjnej), obserwowanej po raz pierwszy w 1913 r. przez Brilla na Alasce, nazywa się *pibloktoq* i występuje ona głównie u eskimoskich kobiet. Podobne zaburzenia z przewagą zachowań naśladowczych stwierdzono pośród łowców głów z plemienia Tjitak w Zachodniej Gwinei („*guria*”) oraz w Kenii („*saka*”) (por. Yap, 1974).

◆ *Amok*

Do zespołów reaktywnych, przebiegających z zamroczeniem historycznym, zalicza się również *amok* (zwany też „*mata gelap*” w Indonezji – por. Pfeiffer, 1971), opisany w 1893 r. przez Ellisa na Malajach. *Amok* – spotykany najczęściej w rejonach Azji południowo-wschodniej, rzadziej w Ameryce Środkowej, Nowej Zelandii i Kenii – to krótko trwający stan ostrego podniecenia, zwężenia świadomości, agresji fizycznej (aż do zabójstwa włącznie), kończący się zazwyczaj snem lub osłupieniem z amnezją okresu zaburzeń. Powstanie reakcji poprzedzają objawy prodromalne: izolacja od otoczenia, medytacja połączona z utratą kontaktu ze światem zewnętrznym, lęk i nastawienie urojeniowe. Ze względu na niebezpieczeństwo zabójstwa lub samobójstwa, chory często zostaje zabity przez społeczność plemienną. Niektórzy autorzy uważają *amok* za swoistą formę schizofrenii paranoidalnej albo katatonicznej (Meth, cyt. Jakubik, 1989). Podobne do amoku reakcje „szalone” opisywane są w psychiatrii kulturowej jako *colera* (Gwatemala), *mal de pelea* (Porto Rico), *iich'aa* (Indianie Nawaho), „*lęk złośliwy*” (Kenia), „*szal niedźwiedzi*” (Nowa Gwinea) itp. W Chinach i na Tajwanie występuje tzw. *hsiehping*, czyli stan w czasie którego chory identyfikuje się z osobą zmarłą, według miejscowych wierzeń żyjącą nadal w zaświatach (por. Kleinman i Lin, 1980). W obrazie zespołu dominują omamy historyczne, zaburzenia orientacji i drżenie.

4.3. ZESPOŁY DEPRESYJNE

◆ *Windigo*

Do zespołów zaburzeń psychicznych z dominującą symptomatologią depresyjną należy przede wszystkim *windigo* (lub *whitico*), spotykane u koczujących kanadyjskich Indian Ojibwa (rzadko u Eskimosów Cree), głodujących w okresie zimy. Zaburzenia zaczynają się depresją, tendencją do odosobnienia, silnym lękiem, brakiem łaknienia, nudnościami, wymiotami i biegunką. Później chory nabiera przekonania urojeniowego, że pod wpływem czarów został zamieniony w *windigo*, tj. zimowego potwora w postaci olbrzymiego szkieletu z lodu, pożerającego ludzi. Identyfikując się z nim, odczuwa przymusową potrzebę jedzenia ludzkiego mięsa i czasem rzeczywiście rzuca się na kogoś z bliskich krewnych, zabija go i zjada. Uważany w tym stanie za niebezpiecznego dla szczepu, bywa leczony przez szamana, ale najczęściej zostaje wypędzony lub nawet zabity. Przez niektórych badaczy *windigo* jest traktowane jako zespół historyczny, jednak większość wyraża opinię, że stanowi uwarunkowaną kulturowo formę schizofrenii paranoidalnej (Wallace, 1970; Wittkower i Prince, cyt. Jakubik, 1989).

◆ *Hiwa-Itck*

Hiwa-Itck („zespół złamanego serca”) występuje u Indian z północno-amerykańskiego plemienia Mohikanów, głównie u starszych wiekiem mężczyzn porzuconych przez młode żony (por. Kiev, 1972). Mężczyźni zwykle malują sobie twarz na czarno, pogrążając się w smutku i izolacji. Stan ten jest silnym przeżywaniem żałoby (łącznie z rytualnymi czynnościami żałobnymi), połączonym z zaburzeniami snu, utratą apetytu, lękiem przed innymi i z oscylacją między zahamowaniem i obniżonym nastrojem a podnieceniem psychoruchowym. Czasem dochodzi do samobójstwa.

◆ *Tawatl ye sni*

Wśród Indian Siuksów w Ameryce Północnej opisano *tawatl ye sni* („zespół całkowitego zniechęcenia”), uważany przez społeczność plemienną za stan prawidłowy a nie patologiczny. Podstawowe objawy zespołu to przede wszystkim poczucie beznadziejności, myśli samobójcze, pesymistyczna ocena własnej przyszłości, obniżenie aktywności, koncentracja na rozważaniach religijnych i pojawienie się skłonności do mistycyzmu (por. Torrey, 1981).

4.4. ZESPOŁY ZABURZEŃ ŚWIADOMOŚCI.

◆ *Ostra psychoza splątaniowa*

Obszerne piśmiennictwo dotyczy tzw. „psychoz przejściowych”, określanych w psychiatrii kulturowej terminem „ostrej psychozy splątaniowych” (Jilek, cyt. Jakubik, 1989), w których obrazie klinicznym przeważa zespół splątaniowy lub – znacznie rzadziej – majaczeniowy czy zamroczeniowy. Ten typ zaburzeń ma być charakterystyczny dla społeczności plemiennych krajów afrykańskich, a ich genezę wiąże się zarówno z czynnikami psychogennymi (por. Al. -Issa, 1982), jak i somatycznymi (np. malaria, trypanosoma, choroby pasożytnicze, infekcje układu oddechowego, zapalenia mózgu o różnej etiologii, niedobór witamin grupy B, odwodnienie, używanie środków psychozomimetycznych itp.). Klasyczna postać ostrej psychozy splątaniowej ma nagły początek i koniec, względnie krótki okres trwania (od kilku godzin do kilku tygodni) w porównaniu z podobnymi zespołami obserwowanymi w Europie i USA, a przejawia się splątaniem, głębokim przymgleniem świadomości, zaburzeniem orientacji w czasie i miejscu, aż do utraty kontaktu z otoczeniem, epizodami podnieceniowymi lub osłupieniowymi, lękiem i nierzadko agresją, urojeniami i omamami (Carothers, 1953). Czasami zaburzenia świadomości mają charakter majaczeniowy (często z wyraźnym przeżywaniem onirycznym) lub zamroczeniowy. Zwykle występuje całkowita lub częściowa niepamięć okresu zaburzeń. W zależności od przeważających objawów, niektórzy autorzy wyróżniają różne formy kliniczne: lękową, euforyczną, oniryczną, katatoniczną, depresyjną i urojeniową (Pfeiffer, 1971). Nie brak również opinii, że ostra psychoza splątaniowa stanowi nietypową, kulturowo uwarunkowaną postać schizofrenii. Powszechnie podkreśla się także patogenetyczną rolę wymienionych czynników egzogennych.

◆ *Mal ojo i mal puesto*

U ludności krajów latyno-amerykańskich obserwuje się dwie formy zespołu zaburzeń świadomości: *mal ojo* i *mal puesto* (por. Torrey, 1981; Yap, 1974). We-

dług miejscowych wierzeń *mal ojo* („złe oko”) jest skutkiem nieumyślnie rzuconego uroku przez osobę obdarzoną „silnym wzrokiem”, która spojrziała na kogoś z podziwem, zawiścią lub nadmiernym zainteresowaniem, natomiast *mal puesto* (czary) powstaje w wyniku umyślnych czarów rzuconych z zazdrości (zwłaszcza seksualnej), zawiści lub zemsty przez czarownicę, uzdrowiciela albo jakąkolwiek osobę znającą tajniki czarów. *Mal ojo* występuje częściej u ludzi młodych, a podstawowe objawy kliniczne to lęk, niepokój, zwężenie świadomości (rzadko zamęcenie), bóle głowy, drażliwość, obniżenie nastroju, czasem dodatkowo wymioty, biegunki i gorączka. Choroba wybucha przeważnie nagle i trwa krótko. Ze względu na silny lęk, a mało nasilone objawy zaburzeń świadomości, *mal ojo* bywa zaliczane przez niektórych autorów do zespołów lękowych. *Mal puesto* – w przeciwieństwie do *mal ojo* – cechuje się wyraźnie zaznaczonymi zaburzeniami świadomości. Obraz zespołu jest różnorodny, ale prawie zawsze objawom lękowo-depresyjno-urojeniowym towarzyszy splątanie, przymglenie świadomości i podniecenie (por. Yap, 1974). Zaburzenia mają charakter przewlekły.

4.5. OPĘTANIE

Piśmiennictwo z zakresu psychiatrii kulturowej wiele miejsca poświęca tzw. *opętaniu* – zjawiskom z pogranicza normy i patologii psychicznej, występującym w różnych kręgach kulturowych na wszystkich kontynentach, lecz przede wszystkim w społecznościach plemiennych i sektach religijnych (Al. -Issa, 1982; Bourguignon, 1973; Caudill i Lin, 1969; Dębiec, 2000; Foulks i in., 1977; Gaw, 1982; Kiev, 1964; Pfeiffer, 1971). *Opętanie* to stan indywidualnego lub zbiorowego transu albo ekstazy, przebiegający ze zwężeniem świadomości i połączony zwykle z czynnościami rytualnymi, zależnymi od rodzaju religii, wierzeń i obyczajów. Osoba opętana jest zawsze przeświadczona, że została owładnięta przez ducha, bóstwo, moc, demona, diabła lub inną osobę (ICD-10, 1998). Wielu badaczy traktuje opętanie jako fenomen z zakresu hysterii (Castillo, 1994; Jakubik, 1979), natomiast z punktu widzenia określonej społeczności jest ono uważane za zjawisko prawidłowe, gdyż zgodnie z wierzeniami polega jedynie na chwilowym „wstąpieniu ducha lub zstąpieniu Boga” (por. Hitchcock i Jones, 1976; Pfeiffer i Schoene, 1980).

Pojedynczy lub zbiorowy charakter mają uwarunkowane kulturowo *stany ekstazy*, cechujące się wyraźnym zwężeniem świadomości, fantazjami rzekomo-urojeniowymi, omamami histerycznymi (np. wizje religijne, niebiańska muzyka, nadziemskie zapachy), silnymi emocjami dodatnimi (przeżywanie niezwykłego uniesienia, zachwycenia, a często rozkoszy o zabarwieniu seksualnym itp.), odczuciem od rzeczywistości, znieczuleniem na przykre bodźce, a czasem osłupieniem. W różnych kulturach od wieków znane są *stany transu* (też najczęściej o charakterze ekstazy) przeżywanego przez osoby biorące udział w zbiorowym tańcu rytualnym, wykonywanym w takt oszałamiającej muzyki lub rytmicznego, głośnego powtarzania modlitwy czy zaklęć magicznych (por. Kiev, 1964). W miarę narastającego odgłosu instrumentów muzycznych (bębnów, tamburyków, cymbałów itp.) wzrasta napięcie emocjonalne, zwęża się świadomość, następuje częściowe lub całkowite zerwanie kontaktu z otoczeniem, zmniejszenie wrażliwości na bodźce zewnętrzne, zanik kontroli zachowania przy równocze-

śnie utrzymującym się jakby zautomatyzowanym wykonywaniu rytmicznych ruchów i płasów. W głębokim transie występują zaburzenia spostrzegania (np. omamy zbliżone do histerycznych lub hipnagogicznych). Indywidualny trans często poprzedza medytacja i koncentracja wzroku na jednym punkcie lub wizerunku bóstwa oraz stosowanie środków stymulujących (np. narkotyków).

Trans rytualny jest głównym punktem ceremonii obrzędowych wielu religii i kultów afrykańskich, azjatyckich i afroamerykańskich (por. Hsu, 1961; Kiev, 1972; Pfeiffer, 1971), w których zasadniczą rolę odgrywają elementy mistyczno-ekstatyczne i przepowiednie wygłaszane – często w niezrozumiałym języku (*glossolalia*) – przez uświęconego nosiciela ducha jakim jest osoba w stanie transu. Do najbardziej znanych należą m. in. kult Zar (Sudan, Etiopia), kult Rab (Senegal, Ghana), kult Oriso (Afryka zachodnia), kult Umbanda (Brazylia), kult Vodoo (Haiti), kult Cargo (Nowa Gwinea). „*Duchowe opętanie*” jest podstawową częścią obrzędów w licznych wspólnotach wyznaniowych z kręgu protestantyzmu amerykańskiego, tj. wśród kwaków, adwentystów, baptystów, zielonoświątkowców i wyznawców wesleyanizmu. Bourguignon opisała zinstytucjonalizowane formy transu rytualnego aż w 437 różnych społecznościach (por. Pfeiffer i Schone, 1980). Do dnia dzisiejszego utrzymuje się w niektórych regionach Europy tzw. „tanecznictwo” np. tarantulizm we Włoszech, rytualny taniec sekty „wirujących derwiszów” w Skopje, czy też ekstatyczne tańce „nestinarki” przy chrzcie wśród wiejskich Bułgarek (por. Jakubik, 1979).

Najnowsze klasyfikacje psychiatryczne, tj. ICD10 (1998) i DSM-IV (1994), traktują zarówno opętanie, jak i trans jako postaci zaburzeń psychicznych. W klasyfikacji ICD-10 (1998) w podgrupie zaburzeń dysocjacyjnych wyróżniono kategorie transu i opętania jako formy zaburzeń nerwicowych. Na przykład *trans* jest określany jako chwilowa zmiana stanu świadomości, przejawiająca się dwoma z następujących kryteriów: „(a) utrata zwykłego poczucia własnej tożsamości, (b) zawężenie rozpoznawania bezpośredniego otoczenia lub niezwykle wąskie i selektywne zogniskowanie na bodźcach środowiskowych, (c) ograniczenie ruchów, pozycji i wypowiedzi do powtarzania niewielkiego ich repertuaru” (s. 99). Rozpoznanie transu lub opętania wymaga jednakże stwierdzenia, iż są one „stanami niepożądanymi lub kłopotliwymi oraz nie pojawiają się w okolicznościach religijnych lub innych zyskujących społeczną akceptację, ani nie stanowią ich przedłużenia” (s. 99). Prawie identyczne kryteria diagnostyczne znajdujemy w DSM-IV (1994), a jedyna różnica sprowadza się do wyodrębnienia dwóch postaci zaburzeń: *transu opętania* i *transu dysocjacyjnego*. Za wspólną cechą opętania i transu jako kategorii psychopatologicznych, uważa się więc w obu klasyfikacjach ich niechciany i niespodziewany charakter. Wydaje się jednak, że szczególnie w odniesieniu do opętania, kryteria diagnostyczne proponowane przez ICD-10 i DSM-IV nie wyczerpują bogactwa, zmienności i różnorodności objawów tego zespołu.

5. LECZENIE

Metody leczenia stosowane na gruncie psychiatrii kulturowej można podzielić na trzy ogólne grupy: 1/ terapię opartą na wzorach psychiatrii euroamerykańskiej, 2/ terapię tubylczą i 3/ terapię relatywną, tj. łączącą dotychczasowe osią-

gnięcia terapeutyczne psychiatrii euroamerykańskiej z kulturowo uwarunkowanymi metodami leczenia. Wieloletnie doświadczenia psychiatrów zachodnich, pracujących w krajach o odmiennych kulturach, wykazały, że ich metody terapii nie są skuteczne, gdyż nie uwzględniają określonych wierzeń, obyczajów, mentalności pacjentów oraz swoistych dla danej kultury koncepcji powstawania zaburzeń psychicznych, co powoduje nieufność (nierzadko lęk) chorych, brak motywacji do leczenia i szukanie pomocy u plemiennych uzdrowicieli. Krańcowo różny obraz świata, europocentryzm (lub inny etnocentryzm – Brodniak, 2002) terapeutyczny i bariera językowa stanowią szczególnie niesprzyjające okoliczności w leczeniu psychoterapeutycznym (por. Torrey, 1981).

Skuteczność *terapii tubylczej* oceniana jest znacznie wyżej (por. Kiev, 1964; Pfeiffer, 1971; Pfeiffer i Schoene, 1980; Roselli, 1970; Watts, 1969), a jej metody, techniki i sposoby prowadzenia leczenia są ściśle związane z kulturowymi koncepcjami etiologii i klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Poglądy na temat patologizacji zaburzeń psychicznych, spotykane w różnych kulturach da się właściwie sprowadzić do czterech zasadniczych koncepcji:

- *złamanie tabu* – choroba jest zesłana przez rozgniewane bóstwo z powodu naruszenia któregoś ze świętych tabu;
- *utrata duszy* – choroba dotyka człowieka, z którego wywędrowała dusza, uwięziona następnie przez złe duchy;
- *czary* – choroba jest skutkiem czarnej magii lub rzucenia uroku;
- *wtargnięcie ducha*.

Metody leczenia stosowane przez czarowników (szamanów, uzdrowicieli, zaklinaczy, wróżbitów, znachorów, zielarzy itp.) są adekwatne do przyjętych w danej społeczności wierzeń i koncepcji zaburzeń, a więc ukierunkowane na przeproszenie rozgniewanego bóstwa, przywrócenie utraconej duszy, wyzwolenie od wpływu czarów czy uroków lub wypędzenie ducha. Temu celowi służą wszystkie zabiegi magiczne i czynności rytualne. Wielu szamanów leczy wprowadzając się w trans (Eliade, 1994). Efektywność terapii zwiększa się dzięki pozytywnym postawom społeczności wobec chorych psychicznie oraz udziałowi rodziny pacjenta lub nawet całej grupy plemiennej czy wyznaniowej w procesie leczenia. Często formą terapii grupowej jest zbiorowy trans lub publiczne samooskarżanie się. Do bardziej znanych, współczesnych metod leczenia kulturowego, zwłaszcza nerwic i zaburzeń psychosomatycznych, należy m. in. terapia Mority i Naikan (Japonia), hooponopono (Hawaje), terapia Patanjali (Indie) oraz liczne inne techniki psychoterapeutyczne oparte głównie na medytacji (por. Watts, 1969).

Według Torreya (1981), skuteczność leczenia psychoterapeutycznego zależy przede wszystkim od obrazu świata wspólnoty, która łączy terapeutę z chorym, od cech osobowości terapeuty i oczekiwań jakie chory wiąże z jego osobą oraz od rodzaju technik terapeutycznych. Kulturowym ograniczeniom podlegają cele terapii, którymi mogą być np. usunięcie objawów, zmiana postaw, modyfikacja zachowania, wgląd, poprawa relacji interpersonalnych, poprawa funkcjonowania społecznego, nabycie zdolności przystosowania się itp. Wybór celów terapii zależy bowiem od uznawanych w danej kulturze wartości, a cele warunkują z kolei dobór określonych technik terapeutycznych.

Dotychczasowe doświadczenie praktyczne i wyniki badań wskazują, że najbardziej efektywną metodą leczenia jest tzw. *terapia relatywna*. Na przykład Bolman proponuje model psychoterapii indywidualnej opartej o dwóch terapeutów, z których każdy reprezentuje odmienną kulturę (tj. miejscową i euroamerykańską). Lambo w Nigerii wprowadził metody terapii grupowej przy współdziałaniu czarowników, a u Collomba w Senegalu czarownicy razem z psychiatrami biorą udział w swoistej formie leczenia grupowego zwanej *pinch* (tłum. jako „miejsce, w którym sprawy wyjaśniają się same przez się”). Na Wybrzeżu Kości Słoniowej Atcho zbudował „wsie psychiatryczne”, w których na okres leczenia mieszkają razem chorzy, ich najbliżsi krewni, personel psychiatryczny i czarownik. W atmosferze pełnej akceptacji całej społeczności i poczuciu bezpieczeństwa chorzy poddawani są różnym metodom leczenia, m. in. swoistej psychoterapii grupowej (rodzaj publicznej spowiedzi), terapii zajęciowej, terapii pracą oraz magicznym zabiegom „oczyszczania duszy” wodą. W Australii w procesie leczenia szpitalnego bierze aktywny udział rodzina chorego (przenosi się do szpitala), a często także miejscowy uzdrowiciel. Takie i podobne systemy terapii próbuje się wprowadzać w wielu innych krajach.

Zdaniem znawców zagadnienia (por. Foulks i in., 1977; Kline, 1960; Pfeiffer, 1971; Poortinga, 1977; Triandis i Draguns, 1979; Yap, 1974), dalszy postęp na polu psychiatrii kulturowej zależy nie tylko od zrelatywizowanego kulturowo modelu leczenia psychiatrycznego i rozwoju opieki psychiatrycznej w krajach rozwijających się, lecz przede wszystkim od: 1/ skonstruowania adekwatnej teorii o odpowiednim poziomie ogólności, implikującej określone, empirycznie sprawdzalne hipotezy, 2/ opracowania poprawnej metodologii badań, a zwłaszcza narzędzi badawczych uwzględniających różnice kulturowe, 3/ zmodyfikowania systemu szkolenia i selekcji psychiatrów podejmujących pracę w odmiennych kręgach kulturowych, 4/ wprowadzenia badań interdyscyplinarnych, 5/ opracowania podręczników psychiatrii „tubylczej”. Niezrealizowanie tych postulatów spowoduje, że psychiatria kulturowa pozostanie nadal na etapie obserwacji i rejestracji faktów, posługując się jedynie metodą opisu i „porównania”.

BIBLIOGRAFIA

- Al.-Issa, I. (ed.) (1982). *Culture and Psychopathology*. Baltimore: University Park Press.
- Bastide, R. (1972). *Socjologia chorób psychicznych*. Warszawa: PWN.
- Benedict, R. (1966). *Wzory kultury*. Warszawa: PWN.
- Bourguignon, E. (red) (1973). *Religion, altered states of consciousness, and social change*. Columbus: Ohio State University.
- Brialin, R.W., Lonner, W.J., Thorndike, R.M. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: Wiley.
- Brodniak, W.A. (2000). *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Warszawa: OfiCyna Naukowa.
- Brodniak, W.A. (2002). *Podstawy socjologiczne współczesnej psychiatrii*. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.). *Psychiatria*. Tom 1., Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, 289-309.

- Carothers, J.C. (1953). *The African mind in health and disease*. Geneva: WHO.
- Castillo, R.J. (1994). Spirit possession in South Asia, dissociation or hysteria? *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18, 1-21 (part 1), 141-162 (part 2).
- Caudill, W., Lin, T.Y. (red.) (1969). *Mental health research in Asia and the Pacific*. Honolulu: East-West Center Press.
- Dębiec, J. (2000). *Opętanie. Próba psychopatologicznego ujęcia problemu*. Kraków: UJ. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (1994). Washington: APA.
- Eaton, J.W., Weil, R.J. (1955). *Culture and mental disorders: A comparative study of the Hutterites and other populations*. New York: Free Press.
- Eliade, M. (1994). *Szamanizm i archaiczne techniki ekstazy*. Warszawa: WN PWN.
- Foulks, E.F., Wintrob, R., Westermeyer, J., Favazza, A. (1977). *Current perspectives in cultural psychiatry*. New York: Spectrum.
- Gaw, A. (ed.) (1982). *Cross-cultural psychiatry*. Boston: Wright-PSG.
- Hitchcock, J.T., Jones, R.L. (red.) (1976). *Spirit possession in the Nepal Himalayas*. Warminster: Aris & Philips.
- Hsu, F.L.K. (red.) (1961). *Psychological anthropology: Approaches to culture and personality*. Homewood: Dorsey Press.
- Jakubik, A. (1979). *Histeria*. Warszawa: PZWL.
- Jakubik, A. (1989). *Psychiatria kulturowa*. W: S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Pużyński (red.). *Psychiatria*. Tom 3., Warszawa: PZWL, 51-64.
- Kiev, A. (ed.) (1964). *Magic, faith, and healing: Studies in primitive psychiatry today*. New York: Free Press.
- Kiev, A. (1972). *Transcultural psychiatry*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 – Badawcze kryteria diagnostyczne* (1998). Kraków-Warszawa: Vesalius-IPiN.
- Kleinman, A., Lin, T.Y. (red.) (1980). *Normal and abnormal behavior in Chinese culture*. Dordrecht: Reidel.
- Kline, N. (red.) (1960). *Psychiatry in the underdeveloped countries*. Washington: APA.
- Kraepelin, E. (1904). *Vergleichende Psychiatrie. Zentralblatt für Nerwenheilkunde und Psychiatrie*, 27, 433-462.
- Krzyżowski, J. (2002). *Psychiatria transkulturowa*. Warszawa: Medyk.
- Lenz, H. (1964). *Vergleichende Psychiatrie*. Wien: Maudrich.
- Linton, R. (1956). *Culture and mental disorders*. Springfield: Thomas.
- Linton, R. (1975). *Kulturowe podstawy osobowości*. Warszawa: PWN.
- Mariategui, J., Adis Castro, B. (red.) (1970). *Estudios sobre epidemiologia psiquiátrica en Latino-América*. Buenos Aires: Acta.
- Mead, M. (1978). *Kultura i tożsamość*. Warszawa: PWN.
- Murphy, J.M., Leighton, A.H. (red.) (1965). *Approaches to cross-cultural psychiatry*. Ithaca: Cornell University Press.
- Opler, M.K. (1956). *Culture psychiatry and human values*. Springfield: Thomas.
- Opler, M.K. (red.) (1959). *Culture and mental health*. New York: Macmillan.

- Petrilowitsch, N. (red.) (1967). *Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie*. Basel: Karger.
- Pfeiffer, W.M. (1971). *Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme*. Stuttgart: Thieme.
- Pfeiffer, W.M., Schoene, W. (red.) (1980). *Psychopathologie im Kulturvergleich*. Stuttgart: Enke.
- Poortinga, Y.H. (red.) (1977). *Basic problems in cross-cultural psychology*. Amsterdam-Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Reuck, A.V.S. de, Porter, R. (red.) (1965). *Transcultural psychiatry*. London: Ciba.
- Roselli, H. (red.) (1970). *Psiquiatria en la América Latina*. Bogota: Tercer Mundo.
- Schwab, J.J., Schwab, M. E. (1978). *Sociocultural roots of mental illness. An epidemiological survey*. New York-London: Plenum.
- Spiro, M.E. (red.) (1965). *Context and meaning in cultural anthropology*. New York: Free Press.
- Torrey, E.F. (1981). *Czarownicy i psychiatrizy*. Warszawa: PIW.
- Triandis, H., Draguns, J. (red.) (1979). *Handbook of cross-cultural psychology*. Boston: Allyn&Bacon.
- Tseng, W.S., McDermott, J.F. Jr (1981). *Culture, mind and therapy: An introduction to cultural psychiatry*. New York: Brunner/Mazel.
- Wallace, A.F.C. (1970). *Culture and personality*. Wyd. 2., New York: Random House.
- Watts, A. (1969). *Psychotherapy East and West*. New York: Ballantine Books.
- Wulff, E. (red.) (1978). *Ethnopsychiatrie*. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Yap, P.M. (1974). *Comparative psychiatry: A theoretical framework*. Toronto: University of Toronto.