

Aktualny obraz zespołów reaktywnych

Current picture of reactive syndromes

ADAM SZYMUSIK¹, STANISŁAW TELEŚNICKI²

Z: 1. Katedry Psychiatrii, Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie

2. Psychiatrycznego Oddziału Rejonowego Szpitala Więziennego w Krakowie

STRESZCZENIE. Autorzy analizują różne postaci zespołów reaktywnych w aspekcie historycznym. W drugiej części opisano różne postaci zaburzeń reaktywnych, wśród nich psychozy więzienne. Uwzględniono również aktualne klasyfikacje DSM-IV i ICD-10. We wnioskach stwierdzono, że typowe psychozy reaktywne występują obecnie rzadko, częściej stwierdza się zespoły lękowo-depresyjne i omamowo-urojeniowe. Częściej niż poprzednio obserwowane są objawy reaktywne w postępowaniu rentowym i odszkodowawczym.

SUMMARY. Various forms of reactive syndromes are discussed by the authors in a historical perspective. In the second part of the paper various types of reactive disorders are described, including prison psychoses. Current classifications, DSM-IV and ICD-10, have been also taken into account. In conclusions it is stated that typical reactive psychoses occur rather seldom nowadays, while depressive and anxiety syndromes, as well as hallucinatory-delusional syndromes are diagnosed more often. Reactive symptoms are noted presently in proceedings concerned with disability pensioning and indemnification more often than formerly.

Słowa kluczowe: epidemie chorób psychicznych / zespoły reaktywne / psychozy więzienne / klasyfikacja / psychopatologia

Key words: mental disorders epidemics / reactive syndromes / prison psychoses / classification / psychopathology

Jedną z głównych przyczyn zaburzeń psychicznych są następstwa urazów psychicznych zarówno o charakterze przewlekłym, jak i ostrym. Mogą być nimi długotrwałe sytuacje traumatyzujące związane z sytuacją rodzinną, zawodową, społeczną czy polityczną, skutki przebytych prześladowań, np. pobytu w obozie koncentracyjnym, łagrze, więzieniu, miejscu odosobnienia, czy też przeżycie naglej katastrofy, pożaru, wybuchu, trzęsienia ziemi, porwania, aktu terrorystycznego, czy też gwałtu lub innej stresującej sytuacji. U większości osób tego rodzaju doznania wywołują napięcie, lęk, poczucie zagrożenia, osamotnienia, czasem poczucie winy. Wystąpienie objawów zaburzeń psychicznych jest uwarunkowane nie

tylko siłą i trwałością bodźca, ale również przedchorobowymi cechami osobowości, ogólną sytuacją w jakiej znalazł się taki człowiek. Zespoły reaktywne znane i opisywane były już przed wielu laty. Andrzej Janikowski [7] w swojej *Patologii i terapii chorób umysłowych* z roku 1864 cały duży rozdział poświęca epidemiom chorób umysłowych, jakie występowały w starożytności i w średniowieczu. Wśród nich wymienia epidemię *demonolatrii*:

Ludzie nią owładnięci utrzymywali, że obrali sobie za bóstwo czarta, że przebywają z nim i jego zgrają. Wypierali się Boga, a przyznawali do największych świętokradztw, twierdząc, że znieważali Najświętszy Sakrament, że pożerali trupy, zabijali dzieci dla

nasylenia się ich krwią, bywali na schadzkach diabelskich, obcowali cielesnie z diabłami itp. ...

Inną podobną epidemią była *demonopatia*: *Dotknięci nią opętani okazywali nienawiść Boga, nie mogli się modlić, miotali złorzeczeniami, wydawali głosy naśladujące głosy zwierzęce, utrzymywali, że w nich siedzi diabeł, wykonywali lubieżne tańce i różne dziwaczne ruchy ciała, przy czym bardzo często dawały się widzieć przypadłości katapleksji, histeryi i somnambulizmu...*

Jednym z przykładów tego schorzenia były wypadki w Loudun znane nam z filmu Kawalerowicza. Jeszcze innym zespołem była *choreomania*:

chorzy, usłyszawszy muzykę stosowną doznają niepowściągliwej żądzy tańczenia i tańczą szalenie aż do upadłego. Dotknięci ... nią tańczyli na placach publicznych i w kościołach nago z wieńcami na głowie.

Podobne objawy występowały w *tarantyzmie*. Powszechnie uważano, że wywołuje je ukąszenie tarantuli. Objawy tarantyzmu obserwowano jeszcze w XIX wieku w Abisynii.

Choroba zaczynała się od melancholii i odurzenia, a niektórych nie opuszczała melancholia przez całe życie i dręczyła ich obawa śmierci. Muzyka przynosiła ulgę w cierpieniach...

Teomania, to przekonanie chorego, że jest natchnionym prorokiem. Występowała zarówno w starożytności, jak i w średniowieczu. W końcu do epidemii chorób umysłowych zaliczyć można również *wampiryzm*, a więc wiarę w ożywienie przez diabła trupów. Wampiry straszą żyjących, wysysają z nich krew.

W XIX wieku zaczęto opisywać różnego rodzaju reakcje i psychozy reaktywne. Mówiono o reakcjach nerwicowych, reakcjach typu psychogennego oraz o sytuacyjnych zespołach reaktywnych, przez które rozumiano psychozy reaktywne.

Stany reaktywne najczęściej obserwowano w przypadkach uwięzienia, dlatego czasem używa się pojęcia „psychozy więzienne”. Choć rzeczywiście najczęściej występują one w takich przypadkach, nie ograniczają

się tylko do tych sytuacji. W czasie pierwszej i drugiej wojny światowej obserwowano masowo różnego rodzaju zespoły reaktywne, np. „zespół drutów kolczastych”, kiedy dotknięty chorobą chodził pochylony, zgięty w pół, jakby cały czas pokonywał zasieki. Obserwowano również „astazję-abazję”, stupor histeryczny, niemotę histeryczną, czy też inne postacie konwersji histerycznych.

Mimo, że stany reaktywne występują stosunkowo często i że budzą duże zainteresowanie, ilość publikacji na ten temat jest zaskakująco mała. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne [10] trzykrotnie na swoich zjazdach naukowych zajmowało się tą problematyką. Głównym tematem zjazdu w Kobierzynie w roku 1934, podobnie jak na zjeździe w Kochanówce w roku 1947, były *Psychozy reaktywne*. W Krakowie w roku 1961 jednym z tematów głównych były *Psychozy reaktywne i symulacja*. Mimo to w bibliografii sądowej w latach 1945–1975 [6] odnotowujemy jedynie jedną monografię Lidii Uszkiewiczowej [16] z roku 1966 oraz dwa referaty wygłoszone na zjeździe w Krakowie autorstwa Batawii i Uszkiewiczowej [1] oraz Bilikiewicza i Dolmierskiego [2]. Nieco liczniejsze, chociaż również nie przekraczające 10 prac, są doniesienia na temat symulacji zaburzeń psychicznych. Jedynie w podręcznikach psychiatrii, a zwłaszcza w rozdziałach psychiatrii sądowej, znajdujemy opisy poszczególnych zespołów reaktywnych.

Uszkiewiczowa [16] przytacza różne terminy używane w opisie tych zespołów. Mówi o reakcjach patologicznych, reakcjach psychogennych, stanach reaktywno-psychogennych, stanach psychoreaktywnych, anormalnej reakcji na przeżycie, anormalnych psychicznych reakcjach i rozwoju. Mówi się również o reakcjach sytuacyjnych, stanach reaktywnych, zaburzeniach psychicznych reaktywnych. Jaroszyński [8] dodaje do tego „psychozy sytuacyjne, pseudopsychozy”.

Postacie najczęściej występujących zespołów reaktywnych są powszechnie znane i opisywane w każdym podręczniku [9, 10,

13, 14]. Wśród nich do najczęstszych należą: zespół Gansera, pseudodemencja, puerylizm. Rzadziej występują: „reakcja dzikiego człowieka”, stany osłupienia, czy też reaktywne zespoły omamowo-urojeniowe. Dokładne różnicowanie nie ma większego znaczenia, ponieważ objawy chorobowe rzadko układają się w typowy podręcznikowy opis, zwykle przeplatają się nawzajem, a poszczególne postacie zespołów reaktywnych mogą przechodzić jeden w drugi. Dla doświadczonego psychiatry, zwłaszcza zajmującego się psychiatrią sądową czy więzienną, rozpoznanie objawów reaktywnych nie stanowi żadnego problemu. Wygląd takiego pacjenta, jego zachowanie, są tak typowe, że nie mogą budzić wątpliwości. Jednak samo stwierdzenie postawy reaktywnej, czy nawet rozwiniętych objawów, nie pozwala na ustalenie ostatecznego rozpoznania, prognozy czy też podjęcia właściwych metod postępowania. Zaburzenia reaktywne bardzo często występują u osób, które wykazują różne schorzenia psychiczne. Mogą być nimi: upośledzenie umysłowe, zaburzenia osobowości, zespoły organiczne, ale również schizofrenia lub inne postacie psychoz.

W przypadku wystąpienia zespołów reaktywnych należy ustalić właściwe zasadnicze rozpoznanie, zastosować odpowiednie metody postępowania i leczenia. W części przypadków można oczekiwać poprawy nawet w warunkach więziennych, w wielu jednak konieczne jest skierowanie chorego do szpitala psychiatrycznego poza więzieniem. Wyjątkowo będzie się musiało uznać takiego człowieka za niezdolnego do przebywania w więzieniu lub nawet za niezdolnego do stawiania przed sądem. Zasadą jednak powinno być jak najszybsze zakończenie sprawy, przeprowadzenie rozprawy i wydanie wyroku. Nawet wyrok skazujący może oznaczać ustanie sytuacji stresującej, wywołującej stan reaktywny. Trwanie przyczyny wywołującej reakcję rokuje źle, powoduje przewlekanie się objawów chorobowych na dłuższy okres, często na wiele miesięcy, czy nawet lat.

Podobne przypadki opisaliśmy w *Psychiatrii w procesie karnym* [3].

Na przykład 48-letni mężczyzna zabił brata, który zaatakował badanego i jego żonę nożem. Mimo uniewinnienia w pierwszej instancji z powodu obrony koniecznej, wystąpił zespół reaktywny o obrazie ganserowskim. Badany wielokrotnie wpadał w psychozę, doprowadzając się do kacheksji z powodu odmowy przyjmowania pokarmów. Nigdy nie doszło do kolejnej rozprawy, a pacjent po kolejnym zaostrzeniu się choroby zmarł wskutek całkowitego wycieńczenia.

W innym przypadku do ustąpienia objawów psychotycznych doszło dopiero po doprowadzeniu do rozprawy i uniewinnieniu badanego. Mimo, że w czasie rozprawy zaczęły występować objawy chorobowe, psychiatry uczestniczący w niej doprowadzili do jej zakończenia. W kilka dni później objawy psychotyczne ustąpiły.

Jak ważna jest w przypadku zespołów reaktywnych dłuższa obserwacja, świadczy przypadek chorego, który trafił do nas na leczenie po wielu latach spędzonych w więzieniu.

Był on oskarżony o zabójstwo taksówkarzy z motywów rabunkowych. W połowie rozprawy, po przebytej grypie, przestał nawiązywać kontakt z otoczeniem, był w stanie stuporu. Mimo to zapadł wyrok dożywotniego więzienia. Osiem lat przebywał głównie w więziennym oddziale psychiatrycznym. Przez cały czas wykazywał objawy psychotyczne typowe dla zespołów reaktywnych. Występowały objawy znamienne dla zespołu Gansera, pseudodemencji, puerylizmu, najbardziej jednak obraz chorobowy podobny był do „zespołu dzikiego człowieka”. Był on pobudzony, agresywny, zaniedbany, mazał się kałem, oddawał mocz pod siebie. Po bezskutecznym leczeniu w warunkach więziennych sąd orzekł przerwę w odbywaniu kary. Przyjęty do kliniki wykazywał nadal typowe objawy zespołu reaktywnego. Po zastosowaniu aktywnego leczenia, w tym również elektrostrząsów, objawy reaktywne stopniowo ustąpiły. Na pierwszy plan jednak w obrazie chorobowym zaczęły wysuwać się typowe objawy osiowe schizofrenii z autyzmem, rozkojarzeniem i stępieniem emocjonalnym. Chory przez kilka lat przebywał w domu rodzinnym, obecnie od kilkunastu lat jest pacjentem jednego ze szpitali psychiatrycznych z objawami chronicznej schizofrenii.

Łuniewski [11] wymienia zespół zamroczeniowy typu Gansera jako jedną z odmian zamroczenia histerycznego. Występuje on na podłożu urazów psychicznych, szczególnie często w związku z uwięzieniem lub śledztwem sądowym. Jako inne formy stanów pomrocznych wymienia również ostre napady psychotyczne zwane psychozami tranzytoryjnymi, spotykane u psychopatów i powstające na podłożu zaburzeń afektywnych. Opisuje również *amok* występujący u Malajczyków, zamroczenie jasne, upoje nie senne.

Frąckowiak [5], w rozdziale o nerwicach urazowych, wymienia nerwice wojenne. Powołując się na Pawłowa stwierdza, że wojna powoduje reakcję afektywną, lęk, któremu – jak każdej reakcji afektywnej – towarzyszą mniej lub bardziej wyrażone objawy cielesne i wegetatywne. Obecność tych objawów nerwicowych (drzeń, zaburzeń równowagi, niedowładów itp.) wyłącza żołnierza z działań wojennych, co kojarzy się z wyobrażeniem własnego bezpieczeństwa.

Wachholz [17] w *Psychopatologii sądowej* z roku 1923, w rozdziale *Psychozy sytuacyjne (więzienne)* stwierdza, że grupa ta obejmuje przypadki stanów histerycznych i katatonicznych, ujawnionych przez pewną sytuację przykrą dla człowieka. Omawia on ostre psychozy więzienne wymieniając ostre podniecenie afektywne czy to w postaci nagłego przygnębienia z urojeniami grzesznościowymi i prześladowczymi, czy też postać szalu, wściekłości, stan histerycznego odretwienia (stupor), zespół Gansera, puerylizm oraz zespół błazeński. Spośród innych psychoz więziennych wymienia również zespół więzienny polegający na nagle powstających urojeniach niewinności, uwolnienia od kary i ulaskawienia.

Według Jaspersa [cyt. za 16] za zaburzenia reaktywne uważa się te, w których stwierdza się: (1) poważny uraz psychiczny, (2) treść przeżycia ma związek psychologiczny z urazem, (3) przebieg reakcji jest ściśle uzależniony od czasu działania urazu, kończy się ona z jego ustąpieniem. To trzecie

kryterium nie występuje w wielu postaciach stanów reaktywnych.

Obecnie w *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10* [12] zaburzenia reaktywne mieszczą się w punktach F43 (reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne) oraz w punkcie F44. W omówieniu tych zaburzeń stwierdzono:

Wspólnym rysem zaburzeń dysocjacyjnych czy konwersyjnych jest częściowa lub całkowita utrata normalnej integracji pomiędzy wspomnieniami przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ciała. Wszystkie typy zaburzeń dysocjacyjnych mają tendencję do ustępowania po kilku tygodniach lub miesiącach, szczególnie jeśli ich początek był związany z urazowym wydarzeniem życiowym...

Rozdział ten obejmuje histerię, reakcje, psychozy histeryczne. Wyliczone są następujące postacie: amnezja dysocjacyjna, fuga dysocjacyjna, osłupienie dysocjacyjne, trans i opętanie, dysocjacyjne zaburzenia ruchu, w tym afonia i dysfonia, drgawki dysocjacyjne, dysocjacyjne znieczulenie i utrata czucia zmysłowego, mieszane zaburzenia dysocjacyjne – inne zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne), a wśród nich zespół Gansera, osobowość mnoga, psychogenne przemglenia i stan pomroczny.

Natomiast w DSM-IV [4] uwzględniono te zaburzenia w rozdziale *Zaburzenia dysocjacyjne*, dzieląc je na amnezję psychogenną, fugę psychogenną, osobowość mnogą, depersonalizację i zaburzenia nieokreślone. We wszystkich postaciach występują: niepamięć, zaburzenia świadomości oraz tożsamości powodowane czynnikami psychicznymi. Zespół Gansera znajduje się w ostatniej grupie.

Kleinman [15] wśród czynników etiologicznych zespołów dysocjacyjnych wymienia zespół przewlekłego stresu (*KZ syndrom*), zespół pozgwałceniowy, zespół maltretowanych kobiet. Zwraca również uwagę, że nawet kilkusekundowe przeżycia mogą dać w efekcie bardzo poważne następstwa psychiczne.

WŁASNE DOŚWIADCZENIA

Opisy stanów reaktywnych oparliśmy na analizie pacjentów oddziału psychiatrycznego Rejonowego Szpitala Więziennego w Krakowie. W tej grupie zetknęliśmy się z kilkoma przypadkami zabójstw popełnionych w stanie reaktywnym. Zwykle dotyczyło to osób, u których występowały przewlekłe konflikty rodzinne. Silnie działające bodźce afektywne doprowadzały do stopniowego wyczerpywania się mechanizmów adaptacyjnych, prowadząc w konsekwencji do gwałtownego, słabo kontrolowanego brutalnego działania. Dotyczy to w szczególności żon zabijających znęcających się nad nimi i rodziną mężów alkoholików, jak również synów zabijających swoich ojców z tych samych przyczyn. Obserwowaliśmy również dwie osoby, u których motywacja zabójstwa oraz całe zachowanie były całkowicie niezrozumiałe, a ich sposób reagowania zbliżał się do psychozy. W wywiadzie brak było jakichkolwiek danych, które mogłyby przemawiać za zaburzeniami psychicznymi u sprawców, z drugiej strony nie stwierdzano jakichkolwiek konfliktów czy nieporozumień między sprawcami a ofiarami. W obu przypadkach rozpoznaliśmy reakcję sytuacyjną. Znamienne było, że cały okres czynu objęty był niepamięcią, sprawcy nie zdradzali żadnych reakcji emocjonalnych ani oceny swego czynu, mimo że ofiarami byli: w jednym przypadku – bliski znajomy, w drugim – żona i dwoje dzieci. Obaj uznawali czyn za coś całkowicie obcego ich osobowości, coś do czego doszło bez ich udziału i poza ich świadomością. Podobne zresztą oceny spotykaliśmy w grupie mężobójczyń. Część jednak z nich zdradzała nasilone poczucie winy, silne lęki, tendencję do samooskarżeń, depresję. Zespoły depresyjno-lękowe były zresztą najczęściej występującą postacią zespołów reaktywnych, jakie spotykaliśmy w naszym oddziale. W większości pojawiały się one u osób w wieku 40–50 lat, o ustabilizowanej sytuacji społecznej, rodzinnej i zawodowej, dla których aresztowanie

było pierwszym tego rodzaju doświadczeniem w życiu. Przebiegały one w typowy sposób. Charakteryzowały się nagłym, burzliwym początkiem, niepokojem z zaburzeniami snu i skargami na liczne dolegliwości somatyczne. Objawy te dość szybko ustępowały po zastosowaniu typowego leczenia przeciwdepresyjnego. Współwystępowanie jednak schorzeń somatycznych czy zmian organicznych o.u.n. wyraźnie pogarszało rokowanie i leczenie.

W grupie zabójców obserwowaliśmy również kilka osób, u których wpływ czynników emocjonalnych był bardzo wyraźny. W jednym przypadku chodziło o zabójstwo siostry, która „psuła opinię rodziny”, w drugim synowie po wielu latach ustawicznych awantur zabili ojca. Podobna sytuacja dotyczyła zabójstwa homoseksualnego partnera, czy też pozabawienia życia żony i jej kochanka. We wszystkich tych jednak przypadkach czyn był planowany i przygotowywany przez dłuższy okres, sprawcy podejmowali próby zacierania śladów, czy kierowania podejrzeń na inne osoby, co naszym zdaniem, uniemożliwiało przyjęcie czynników reaktywnych, które mogłyby wpłynąć na poczatalność.

W kilku przypadkach osób skazanych mieliśmy do czynienia z zespołami reaktywnymi na poziomie psychozy. Przeważnie miały one charakter zespołów omamowo-urojeniowych z nastawieniem prześladowczym i komponentem depresyjnym. Prawie we wszystkich przypadkach konieczne było przerwanie odbywania kary i leczenie w pozawięziennym szpitalu psychiatrycznym.

W ostatnich latach prawie nie obserwowaliśmy typowych w poprzednim okresie psychoz reaktywnych, takich jak: zespół Gansera, pseudodementia, puerylizm. Pojawiały się jedynie pojedyncze elementy znamienne dla tych zespołów. Najczęściej jednak stwierdzaliśmy zespoły lękowo-depresyjne u osób po raz pierwszy aresztowanych w okresie śledztwa, rzadziej psychozy omamowo-urojeniowe u osób skazanych.

Na przestrzeni ostatnich lat, znacznie zmniejszyła się w więzieniach liczba osób

podjmujących próby samobójcze lub samo-uszkodzenia. Te instrumentalne formy reakcji, które na przełomie lat osiemdziesiątych – dziewięćdziesiątych przybierały formy epidemii, stały się obecnie niepopularne w środowisku więźniów. Można jedynie przypuszczać, że zmiana stosunku do więźniów, cały szereg ulg i przywilejów, humanizacja odbywania kary odegrały tu znaczącą rolę. W międzyczasie pojawiły się jednak szczególne postacie zespołów reaktywnych u osób starających się o rentę lub odszkodowanie. Niekorzystne czynniki społeczne, poczucie zagrożenia, obawy o przyszłość materialną własną i rodziny, lęk przed przyszłością, zwłaszcza u osób tracących pracę, powoduje, że wiele z nich traktuje możliwość przejścia na rentę jako jedyną możliwość ułożenia sobie życia. Zwykle są to osoby, u których występuje cały szereg schorzeń somatycznych nie kwalifikujących jednak do uznania inwalidztwa i uzyskania renty. W tej sytuacji zaczynają występować objawy nerwicowe i depresyjne, które jednak czasem przybierają charakter typowo reaktywny. W tych przypadkach, częściej niż u więźniów, pojawiają się elementy pseudodementyjne czy ganserowskie, które trudno odróżnić od symulacji czy agraacji. Niekiedy powodem rozwinięcia się takiego stanu jest przewlekłość postępowania, zmiany decyzji, powtarzanie badań. W niektórych grupach, np. byłych więźniów obozów koncentracyjnych czy Sybiraków, osób z natury rzeczy w podeszłym wieku, z licznymi schorzeniami somatycznymi, już sam fakt starania się o rentę, konieczność przechodzenia wielu badań, podejrzliwość lekarzy, czasem nawet ich niechęć czy aroganckie postawy, mogą być wystarczającą przyczyną wystąpienia objawów reaktywnych.

WNIOSKI

Zespoły reaktywne występują w wielu postaciach. Niekiedy przybierają formę epidemii, by później zginąć bezpowrotnie. Zawsze u ich podłoża leżą silne, zwykle niespodziewane przeżycia emocjonalne i silny stres.

Najbardziej charakterystyczne psychozy więzienne występują obecnie rzadziej i nie stwierdza się takich typowych w poprzednich latach postaci, jak: zespół Gansera, pseudodementia czy puerylizm. Występują jedynie pojedyncze elementy znamienne dla opisywanych zespołów. Częściej stwierdza się obecnie zespoły lękowo-depresyjne i omamowo-urojenowe. Te pierwsze dominują u osób po raz pierwszy pozbawionych wolności, tymczasowo aresztowanych, drugie – wśród skazanych. Wyraźnie rzadsze są reakcje dezadaptacyjne z próbami samobójczymi i samouszkodzeniami. Można przypuszczać, że do ich zmniejszenia przyczyniła się humanizacja odbywania kary.

Częściej stwierdza się zespoły reaktywne w postępowaniu rentowym i odszkodowawczym. U tych osób objawy są najbardziej podobne do zespołu Gansera i pseudodementcji.

W pojedynczych przypadkach stwierdza się występowanie zespołów reaktywnych, które warunkują popełnienie przestępstwa. U tych badanych podstawą do wniosku o ograniczonej poczytalności, czy nawet niepoczytalności, powinien być obraz psychopatologiczny, a nie czynniki etiologiczne.

PIŚMIENNICTWO

1. Batawia S., Uszkiewicz L.: Problematyka zaburzeń reaktywnych i symulacji w praktyce sądowo-psychiatrycznej i penitencjarnej. Pamiętnik Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich w Krakowie, 22–25.09.1963 r. Kraków 1963, 123.
2. Bilikiewicz A., Dolmierski R.: Ekspertyza sądowo-psychiatryczna przypadków symulacji i zespołów sytuacyjnych uwarunkowanych patologicznie. Pamiętnik Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich w Krakowie, 22–25.09.1963 r. Kraków 1963, 155–158.
3. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W.: Psychiatria w procesie karnym. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991, 348–357.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition DSM-IV American Psychiatric Association 1995. Dissociative Disorders, 477–491.

5. Frąckowiak T.: Nerwice. PZWL, Warszawa 1955, 114–118.
6. Gaberle A., Gierowski J.K., Ryn Z., Szymusik A.: Psychiatria i psychologia sądowa. Bibliografia polska 1945–1975. PWN, Warszawa 1980, 55.
7. Janikowski A.: Patologia i terapia chorób umysłowych. Skład główny w księgarni Rudolfa Friedleina, Warszawa 1864, 116–143.
8. Jaroszyński J.: Zespoły zaburzeń psychicznych. Wyd. II poprawione i uzupełnione. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1993, 64–71.
9. Korzeniowski L.: Zarys psychiatrii – compendium. PZWL, Warszawa 1954, 170–173.
10. Leksykon psychiatrii (pod red. S. Pużyńskiego). PZWL, Warszawa 1993, 527–528.
11. Łuniewski W.: Zarys psychiatrii sądowej. PZWL, Warszawa 1950, 148–149.
12. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja X. Rozdział V – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99) ICD-10. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1994, 35–39.
13. Moczulski W.: Zarys psychopatologii kryminalnej. Departament Szkolenia i Doskonalenia Zawodowego MSW, Warszawa 1974, 120–125.
14. Radziwiłłowicz R.: Psychiatria sądowa. Warszawa 1917, 145–147.
15. Stuart B., Kleinman: Trauma-Induced Psychiatric Disorder in Criminal Court. W: Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Ed. by Richard Rosner. Chapman and Hall, New York, London 1993, 216–218.
16. Uszkiewiczowa L.: Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej. PZWL, Warszawa 1966.
17. Wachholz L.: Psychopatologia sądowa. Kraków 1923.

Adres: Prof. Adam Szymusik, Katedra Psychiatrii, Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ, ul. Kopernika 21B, 31-501 Kraków