

Joanna Lewczuk

ZJAWISKO KONWERSJI W UJĘCIU PSYCHOANALITYCZNYM

STRESZCZENIE

Pracę poświęcono zagadnieniu zaburzeń konwersyjnych, stanowiących jedno z objawów nerwicy histerycznej. Dokonano ogólnej charakterystyki zjawiska konwersji, przedstawiono rys historyczny, klasyfikację i opis objawów. Zaprezentowano koncepcję etiopatogenezy i znaczenia objawów konwersyjnych w nurcie teorii psychoanalitycznej.

W końcowej części pracy zamieszczono studium przypadku pacjentki z konwersyjnymi objawami przypominającymi padaczkę, którą w wyniku błędnej diagnozy przez 6 lat leczono przy użyciu leków przeciwpadaczkowych. Fakt ten wskazuje na konieczność popularyzowania wiedzy na temat rzadkiego dziś zjawiska konwersji także w środowiskach lekarskich.

Konwersje są objawami nerwicy histerycznej i zależnie od socjokulturowych warunków przybierają najróżniejsze formy (Freud, 1966). W przekazach z XII i XIII w. pochodzą opisy histerycznych zachowań, gdzie chory chodzi na czworaka, szczeka, pieje, wyje, chłepcze z miski itp. - tzw. „zespół dzikiego człowieka”. Doniesienia z XIX w. przytaczają przykłady „łuków histerycznych” – charakterystyczne wygięcie ciała poprzedzone „rzucaniem się” i wykonywaniem bezładnych ruchów (dziś rzadkie) (Jakubik, 1979). Typowymi objawami konwersji są przede wszystkim zaburzenia motoryczne lub czuciowe, powstające bez jakiegokolwiek uszkodzenia organicznego, np: zaburzenia koordynacji ruchów, ślepotą, głuchota, utrata czucia, smaku lub węchu, osłabienie, porażenie mięśniowe, itp.

Zaburzenia te częściej obserwuje się u kobiet, choć ogólnie pojawiają się one rzadziej niż dawniej (Haslam, 1997). Ich mniejsza popularność przyczynia się do interpretowania

histerycznych symptomów w kategoriach chorób somatycznych, np. u osób z zaburzeniami konwersyjnymi przypominającymi napady padaczkowe rozpoznaje się padaczkę i zamiast oddziaływań psychologicznych aplikuje się środki farmakologiczne (Owczarek, 2002). Przykład pacjentki z takim problemem zostanie zaprezentowany w niniejszej pracy.

Zjawisko konwersji wzbudza zainteresowanie choćby ze względu na ogromną różnorodność i zmienność objawów. Przy ich pomocy chory ułatwia sobie wydobycie się z trudnych sytuacji poprzez znalezienie dla siebie usprawiedliwienia czy wywieranie presji na otoczeniu - co sugeruje, że prezentowanie samych objawów to świadoma symulacja, a tymczasem zachodzi mechanizm, którym chory kieruje zupełnie bezwiednie. Konwersje są też dowodem na obecność silnego związku psychiki i ciała – gdzie ciało pozostaje na usługach skrywanych pragnień jednostki. Wszystko to skłania do bliższego przyjrzenia się fascynującemu i rzadkiemu dziś zjawisku konwersji.

ROZUMIENIE KONWERSJI W UJĘCIU HISTORYCZNYM

Do połowy XIX w. grupa zaburzeń określana dziś jako zaburzenia konwersyjne, uważana była za jedną chorobę, nazywaną histerią (Pużyński, Wciórka, 2002). Napady i inne zaburzenia histeryczne lekarze starożytnego Egiptu opisywali jako następstwo cierpień kobiet z powodu nieprawidłowego ułożenia macicy. Zdaniem Hipokratesa i jego epigonów przypadłość ta dotyczy jedynie starych panien i wdów, a skutecznej terapii dopatrywano się w rychłym zamążpójściu. Stali na stanowisku, że gdy macica (której przeznaczeniem jest rodzenie) „długo po właściwej porze pozostaje bez płodu, to zaczyna wędrować po całym ciele w poszukiwaniu zapłodnienia i blokując oddech i uciskając poszczególne narządy powoduje odpowiednie dolegliwości: objawy ruchowe, czuciowe, cielesne” (Dąbrowski i inni, 1987, s. 163). Zalecanymi sposobami postępowania w takich przypadkach były próby przyciągnięcia macicy do jej właściwego miejsca. Stąd okadzanie narządów rodnych pachnidłami, inhalacje substancjami o przykrym zapachu, bandażowanie brzucha czy wywieranie ucisku w okolicy podżebrzy (Jakubik, 1979). Wpływ mistycyzmu i religii na medycynę (II i III w. n.e.) spowodował, że diabłom i innym złym mocom przypisywano główny udział w powstawaniu objawów histerycznych. Ludzi dotkniętych tym piętnem nazywano „opętanymi” i często za przyzwoleniem społecznym poddawano egzorcyzmom i bestialskim procedurom, w wyniku których tracili życie. Kolejne epoki przyniosły bardziej tolerancyjne spojrzenie na problem histerii. Powstawanie objawów zaczęto łączyć z określonym typem temperamentu i innymi uwarunkowaniami, jak genetyczne czy społeczne. Ostatecznie zaburzenia rozumiane przez wiele stuleci jako somatyczne, zostały określone jako czysto psychogenne, a to za sprawą

Freuda i Breuera, którzy wprowadzili pojęcie konwersji na określenie mechanizmu nieświadomego (i symbolicznego) wyrażania stłumionej energii psychicznej w unerwieniu czuciowym i ruchowym ciała. Termin „**konwersja**” pochodzi od łac. **converto** = odwracam, nadaję inną postać, skierowuję. Przy pomocy tego określenia opisuje się proces, w którym odrzucone treści psychiczne przeobrażone są w zjawiska fizyczne, np. brak czucia, niedowład, porażenia, zaburzenia chodu, brak koordynacji, głuchota, ślepotą, itp. (Moor, Fine, 1996).

Freud uważał konwersję za zjawisko będące próbą rozwiązania konfliktów z fazy edypalnej: „niemożliwe do przyjęcia wyobrażenie staje się nieszkodliwe dzięki temu, że suma związanych z nim pobudzeń zostaje przekształcona w coś cielesnego” (Freud, 1966, s. 49). Freud po raz pierwszy posłużył się pojęciem konwersji w 1896 r. omawiając przypadek pani Emmy von N. w pracy *Studien uber Histerie*. Charakterystycznym dla tej pacjentki było trzymanie mocno splecionych ze sobą, zaciśniętych i skurczonych palców obu dłoni; na szyi i twarzy pojawiał się u niej co jakiś czas konwulsyjny, podobny do tiku skurcz; poza tym mowę przerywał bezwiednie wydawany odgłos „klekotania” (Pospiszyl, 1991). Inną konwersyjną pacjentką Freuda była Elżbieta von R., która zakochała się w swym szwagrze. Gdy dowiedziała się, że siostra zmarła przy porodzie, pacjentce „zaświtała myśl”, że teraz będzie mogła bez przeszkód połączyć się z nim. Równocześnie jednak doznała paraliżu nóg, wobec którego medycyna okazywała się bezsilna (Pospiszyl, 1991). Spośród wszystkich histerycznych pacjentek Freuda największą sławę zdobyła 18-letnia Dora, która najczęściej w literaturze psychoanalitycznej przedstawiana jest jako modelowy przykład reakcji histerycznej. Freud opisał ją w 1905r. w pracy *Fragment analizy przypadku hysterii*. Dora cierpiała na zaburzenia oddychania, napady kaszlu z towarzyszącą afonią i gwałtowne bóle dolnej partii brzucha (Freud, 2000). Główną przyczyną dolegliwości Dory okazało się molestowanie seksualne dziewczyny przez przyjaciela jej ojca (Bobowska, 1992).

DEFINICJA I KLASYFIKACJA ZABURZEŃ KONWERSYJNYCH

Konwersje jednoznacznie należą do tej grupy zaburzeń, w których czynniki natury emocjonalnej (psychogenne) rzutują na sferę cielesną. W słowniku psychoanalizy konwersja histeryczna opisana jest jako zjawisko charakteryzujące się : „**objawami cielesnymi**, zmiennymi w swej naturze, lecz związanymi z **psychicznymi** funkcjami i znaczeniami, nie zaś z patologią anatomiczną czy fizjologiczną; **pozorną obojętnością** uczuciową wobec rzekomo poważnego charakteru objawu (*la belle indifference*) oraz epizodycznymi stanami psychicznymi, występującymi odrębnie lub równocześnie z opisanymi powyżej objawami, zwanymi transami histerycznymi” (Moor, Fine, 1996, s. 99). Zjawiska somatyczne mają

znaczenie symboliczne, stanowią „język ciała”, który w zniekształconej formie wyraża zarówno zakazane impulsy popędowe, jak i obrony wobec nich. Objawy konwersyjne często są odbiciem wyobrażeń pacjenta o tym, jak przejawiałaby się choroba somatyczna (np. występuje porażenie połowy ciała dokładnie według linii środkowej, ręka, noga itp.), choć rozmiągają się z prawami fizjologii czy anatomii, (np. przy całkowitym porażeniu ręki, tj. zarówno w obrębie zginaczy, jak prostowników, nie ma zmian w zakresie ruchów ramienia). Ponadto ocena stanu psychicznego pacjenta i jego sytuacji społecznej zazwyczaj sugeruje, że niesprawność wynikająca z utraty czynności pomaga pacjentowi w ucieczce od nieprzyjemnej sytuacji konfliktowej lub pośrednio – w uzewnętrznieniu potrzeby zależności lub złości (Pużyński, Wciórka, 1997).

Istotą konwersji, jak pisze Rangell, jest „przesunięcie lub przemieszczenie energii psychicznej z kateksji (obsadzenia) procesów psychicznych na kateksję procesów somatycznego unerwienia, tak by te ostatnie mogły w zniekształcony sposób wyrażać pochodne wypartych, zakazanych impulsów” (Rangell, 1956, s. 636).

Według klasyfikacji ICD-10 zaburzenia konwersyjne utożsamiane są z zaburzeniami dysocjacyjnymi (podczas gdy w DSM-IV zaburzenia konwersyjne i dysocjacyjne stanowią oddzielne grupy) tworząc jedną z wielu grup zaburzeń w obrębie szerszej kategorii o nazwie: „Zaburzenia nerwicowe, związana ze stresem i pod postacią somatyczną (somatoform disorders)” (F40 – F48) (Bilikiewicz i inni, 2002). W obu klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV) grupa zaburzeń konwersyjnych obejmuje tylko zaburzenia funkcji somatycznych, będących normalnie pod **świadomą kontrolą** oraz zaburzenia wyrażające się utratą czucia. Zaburzenia obejmujące doznania somatyczne związane z czynnością wegetatywnego układu nerwowego, są zaklasyfikowane zarówno w ICD-10 jak i w DSM-IV do oddzielnej grupy o wspólnej nazwie w obu klasyfikacjach: „Zaburzenia somatyzacyjne” (np. zaburzenia hipochondryczne, uporczywe psychogenne bóle) (Aleksandrowicz, 1998). Powyższa uwaga jest o tyle istotna, że jednoznacznie pokazuje zakres klasyfikacyjny zaburzeń konwersyjnych.

OBJAWY ZABURZEŃ KONWERSYJNYCH

Trudno wyliczyć, nawet pobieżnie, wszystkie ważniejsze objawy konwersji histerycznej. Można je podzielić się na trzy grupy: zaburzenia **ruchowe**, **czuciowe** i **psychiczne**. W każdej grupie z kolei odróżnia się zaburzenia polegające na **wzmoczeniu** lub **zahamowaniu** funkcji. Do typowych zaburzeń o typie zahamowania funkcji ruchowych należą: **niedowłady** lub **porażenia**, gdzie chory wkłada olbrzymi wysiłek, by uruchomić porażoną kończynę, a udaje się to zazwyczaj wtedy, gdy odwróci od niej uwagę; **przykurcze stawów** – trwałe

utrzymywanie kończyn w nienaturalnej pozycji; **kurcz pisarski** – utrudnienie lub uniemożliwienie pisania odręcznego przy jednoczesnym zachowaniu pełnej sprawności ruchowej w zakresie innych czynności ręki; **kurcz przełyku** z towarzyszącą **kulą histeryczną** – dla kurczu przełyku charakterystyczna jest trudność przełykania (dysfagia), z reguły większa przy pokarmach płynnych niż stałych, połączona zwykle z silnym bólem; kula histeryczna to uczucie ściskania w gardle z powodu jak gdyby obecności niezidentyfikowanej „bryły” lub „kuli”; **szczękościsk**; **opadanie powiek**; **ataksje** – zaburzenia koordynacji ruchów prowadzące do „dziwacznych” zaburzeń równowagi; **astazja-abazja** – niemożność utrzymania się w pozycji stojącej i niemożność chodzenia; **zaburzenia mowy** – w postaci utraty głosu (**afonia**), **jąkania**, **zacinania się**, **mowy skandowanej** czy **belkotliwej**. Diagnostyczne dla jąkania konwersyjnego (w odróżnieniu od lękowego) jest np. krzywienie twarzy niezgodne z rzeczywistymi trudnościami mowy. Rzadko, ale jednak występuje, **afazja typu amnestycznego**, gdy pod wpływem zablokowania emocjonalnego nie można przypomnieć sobie znanego słowa. W konwersyjnym **mutyzmie** (przeciwnie niż w innych rodzajach mutyzmu), chory potrafi nawiązać kontakt z otoczeniem za pomocą mimiki, gestykulacji czy pisma (Kępiński, 2002). **Kamptokormia** to osobliwa i rzadka postać konwersyjnych zaburzeń ruchowych, opisana po raz pierwszy przez Brodiego w 1837 r., a występująca najczęściej u żołnierzy w okresie wojny (znane tylko cztery przypadki kamptokormii u kobiet). Polega na zgięciu tułowia do przodu prawie pod kątem prostym. Chory nie może się wyprostować i wykonuje w tej pozycji wszystkie czynności (w tym chodzenie i siadanie), choć w pozycji leżącej zgięcie tułowia całkowicie znika (Jakubik, 1979).

Do konwersyjnych hiperkinez, czyli dysfunkcji ruchowych o typie pobudzenia, należą: **drżenie mięśniowe**; **ruchy mimowolne** – np: typu **pląsawczego** (taneczne ruchy rąk, wyginanie tułowia w różne strony, krzyżowanie kończyn), **torsyjnego** (ruchy korpusu), a także **zrywania** w kończynach, czy **tiki** twarzy. Znamienne są **napady drgawkowe** naśladujące napady padaczkowe, ale w typie konwersyjnym rzadko dochodzi do przygryzienia języka, poważnego uszkodzenia z powodu upadku czy do nieświadomego oddawania moczu, a napad jest zwykle dłuższy, bardziej chaotyczny i różnorodny (choć zdarzają się ataki, których jednoznaczne rozróżnienie jest niesłychanie trudne) (Pużyński, Wciórka, 1997). Inne objawy to histeryczna **palpitacja serca** czy bardzo rzadko występujące konwersyjne **puchnięcie**, np. od pasa w dół (Fenichel, 1945).

Do najczęstszych zaburzeń w grupie konwersyjnych dysfunkcji układu czuciowego należą: **znieczulenia skóry** – związane z odczuwaniem dotyku, bólu, temperatury oraz z dyskryminacją bodźców, a obejmujące zazwyczaj kończyny, gardło i pochwę; **zaburzenia**

widzenia – np. „mroczi”; „widzenie tunelowe”, a nawet czynnościowa pełna ślepota, co o dziwo zazwyczaj nie upośledza sprawności motorycznej chorego; **zaburzenia sluchu**; **utrata smaku** (Aleksandrowicz, 1998). Z kolei konwersyjna nadczynność układu czuciowego wyraża się najczęściej w formie: **parestezji** – wrażenie drętwienia, mrowienia, pieczenia czy klucia; **mikropsji** (widzenie przedmiotów w zmniejszonych proporcjach) lub **makropsji** (widzenie przedmiotów w zwiększonych proporcjach). Spektakularna jest **cięża histeryczna** – występuje zatrzymanie miesiączki, powiększenie brzucha, zmiany w gruczołach mlecznych, łącznie z wydzielaniem siary (Kępiński, 2002).

Objawy konwersyjne psychiczne to: **amnezja dysocjacyjna** dotycząca jakiegoś okresu czy niedawnego epizodu (wsteczna, następca lub wysypkowa); **fuga dysocjacyjna** – oddalanie się od miejsc zamieszkania i pracy (pokryte całkowitą niepamięcią), współwystępujące z utratą orientacji co do własnej tożsamości, choć zachowana jest zdolność oceny aktualnej sytuacji i podejmowania normalnej aktywności; **osłupienie dysocjacyjne** – zahamowanie psychoruchowe przy zachowaniu przytomności; **trans** i **opętanie** – często pokryte niepamięcią odczucia pojawienia się „innego stanu świadomości”, „nadświadomości”, „owładnięcia przez tajemne siły”, opętania przez „złe duchy” itp. w tym **stany somnambuliczne**; **zespół Gansera** – spotykane najczęściej u więźniów zaburzenia myślenia, sprawiające wrażenie niedorozwoju umysłowego czy bezradności, gdzie chory udziela bezsensownych odpowiedzi na najprostsze pytania („krowa ma 5 nóg”, „2 plus 2 jest 5”) – nie jest to jednak symulacja, ale rzeczywisty zespół zaburzeń czynnościowych; **osobowość mnoga** – wrażenie funkcjonowania co najmniej dwóch osobowości, na zmianę przejmujących kontrolę nad zachowaniem osoby. Zdaniem Ludwiga (1972) każda z rozszczepionych osobowości różni się istotnie w zakresie takich zmiennych jak: reakcja skórno-galwaniczna na test skojarzeń słownych, zapis EEG, wyniki uzyskane w Skali Emocji McDougalla, w MMPI i w Teście Rysowania Własnej Osoby, co pokazuje na skalę identyfikacji z różnymi osobowościami. Do spektakularnych objawów konwersyjnych należy też **histeryczny zespół omamowo-urojeniowy** (konwersyjne halucynacje) – występowanie iluzji, omamów i fantazji histerycznych (wielkościowe, prześladowcze, hipochondryczne, religijne) (Fenichel, 1945).

Badania poczynione na gruncie psychiatrii transkulturowej wskazują, że pojęcie normy i patologii psychicznej zmienia się w zależności od wzorca kulturowego. Zachowania lub zaburzenia typu histerycznego są w jednych społeczeństwach uważane za chorobę, a w drugich - za normę. Przykładowo opisany powyżej zespół omamowo-urojeniowy, wśród plemienia Bena z Nowej Gwinei nazywany jest „negi negi” i traktowany nie w kategoriach choroby, ale jako jedyna, akceptowana forma wyrażania uczuć rozpacz po czyjejś śmierci (Jakubik, 1979).

Również na Nowej Gwinei u mężczyzn z innego plemienia można zaobserwować zachowania zwane „lulu”, służące redukcji napięcia emocjonalnego wywołanego wrogą postawą względem nich innych członków społeczności. Zachowanie to przybiera postać (w naszej terminologii) reakcji histerycznej o typie zespołu „dzikiego człowieka” (chory zaniedbuje swoje ciało i naśladuje zwierzęta) (Jakubik, 1979).

PSYCHOANALITYCZNA KONCEPCJA ZABURZEŃ KONWERSYJNYCH

Zgodnie z pierwszą koncepcją Freuda i Breuera na temat genezy hysterii, zasadniczym czynnikiem prowadzącym do jej powstania jest uraz psychiczny, rozumiany w znaczeniu przykrego przeżycia psychicznego (jakikolwiek doświadczenie połączone z przeżywaniem lęku, wstydu, poczucia winy itp.). Patogeny efekt może dać bądź pojedynczy, silny uraz, bądź wiele „słabszych” urazów, których wpływ wzrasta w miarę sumowania się w ciągu życia jednostki. Każde przeżycie psychiczne składa się z afektu (suma pobudzenia) i treści (skojarzenia). Jedynie rozładowanie afektu związanego z przykrą treścią prowadzi do „poradzenia sobie” z sytuacją traumatyczną, a tym samym zapobiega wystąpieniu objawów histerycznych. W wypadku braku uzewnętrznienia afektywnej reakcji na przykre przeżycie, zostaje ono wyparte do nieświadomości, ale równocześnie następuje oddzielenie afektu od treści i skierowanie go ze sfery psychicznej do sfery somatycznej. W ten sposób powstają objawy histeryczne. Przypomnienie przeżycia urazowego można wywołać u pacjentów w trakcie snu hipnotycznego, przy czym zwykle towarzyszy temu silna reakcja afektywna. Z doświadczeń Breuera i Freuda (1895) wynikało, że przypomnienie w hipnozie przeszłej sytuacji urazowej powodowało ustąpienie objawów histerycznych (Jakubik, 1979).

W późniejszych koncepcjach Freud zaczął wiązać zaburzenia konwersyjne przede wszystkim z silnym wewnętrznym konfliktem, nazywanym kompleksem Edypa. W kulminacyjnym punkcie fazy fallicznej mają miejsce wspólne wszystkim ludziom zaburzenia psychiczne, które Freud nazwał „nerwicą dziecięcą”, stanowiącą źródło nerwicy w wieku dorosłym (Freud, 1997). W tym okresie dominują uniwersalne fantazje o posiadaniu obiektu płci przeciwnej; zawiść, zazdrość i gniew w stosunku do obiektu tej samej płci oraz występujące na przemian konflikty i pragnienia przywiązania do obiektu tej samej płci, który jest również idealizowany. Przejawami tego jądrowego konfliktu są: zazdrość o penis, lęk kastracyjny, obawa przed utratą miłości, obniżona samoocena (Freud, 1997). Skonfliktowane nieświadome pragnienia popędowe rodzące lęk i poczucie winy, zostają w przypadku hysterii wyłączone z obszaru świadomości za pomocą nieświadomych procesów **wypierania**, co prowadzi do wyciszenia konfliktów, ale jednocześnie do **fiksacji** libido i tworzenia się w strukturach nieświadomych

kompleksów seksualnych. Owe kompleksy seksualne oraz urazy psychiczne z okresu wczesnego dzieciństwa, np. oglądanie stosunku płciowego rodziców albo innych osób, uwiedzenie lub gwałt przez osobę dorosłą, stwarzają dyspozycję do powstania psychonerwicy, wiążąc libido na dany etapie rozwoju psychoseksualnego (Freud, 2000). Jeśli w życiu dorosłym człowiek spotyka się z **odmową** zaspokojenia libido (zarówno ze strony świata zewnętrznego, jak i ze strony superego), rodzi się „**konflikt neurotyczny**”, który stopniowo wywołuje ograniczenie możliwości zarządzania przez ego rozładowaniem popędów (Freud, 1967). W konflikcie z silnym id słabe ego musi uruchomić mechanizmy obronne. Dochodzi do **regresji** libido do fazy fallicznej, czyli do okresu wytworzenia się kompleksu Edypa i związanych z nim fantazji (marzeń dziennych). Owa **introwersja**, czyli odwrócenie się libido od możliwości realnego zaspokojenia i powrót do fantazji powoduje nasilenie oddziaływania dawnych kompleksów na świadome życie psychiczne, poprzez obsadzenie dawnych konfliktów większym ładunkiem libido. Kompleksy ulegają ponownemu, gwałtownemu **wyparciu**, gdyż są rażąco sprzeczne z superego. Wyparcie w tych okolicznościach doprowadza do pojawienia się objawów konwersyjnych, które są zastępczym i zamaskowanym zaspokojeniem libido. „Objawy służą – pisze Freud o nerwicy histerycznej – do zaspokojenia seksualnego chorych; zastępują to zaspokojenie, którego brak im w życiu” (Freud, 2000, s. 264). W histerii konwersyjnej występuje mechanizm **konwersji**, czyli transformacji libido w objawy sensoryczno-motoryczne. Libido zostaje skierowane w sferę cielesną, dzięki czemu objawy psychiczne przyjmują postać objawów somatycznych, a dotknięte chorobą części ciała przyjmują rolę sfer erogenicznych. Rodzaj objawu częściowo jest uzależniony od funkcjonalnej słabości poszczególnych narządów czy układów. Dzięki zdolności aparatu psychicznego do uruchamiania mechanizmu **symbolizacji**, objawy konwersyjne posiadają znaczenie symboliczne, co ułatwia ukrycie ich właściwej funkcji, jaką jest redukcja napięcia popędowego. Objawy te są zatem zewnętrznym przejawem kompromisu między siłami popędowymi a zakazami społecznymi i zakazami superego, a wyrażają (zależnie od formy objawu) sam popęd, obronę przed popędem, karę za popęd, obronę przed karą czy obronę przed lękiem (Moor, Fine, 1996). Innymi mechanizmami biorącymi udział w tworzeniu objawów konwersyjnych są **identyfikacja i dysocjacja**.

Wystąpienie kompromisowych objawów uważa się za tzw. „ucieczkę w chorobę”, która jest wyrazem działania nieświadomego mechanizmu obronnego ego w sytuacji konfliktu wewnętrznego. Mimo cierpień związanych z objawami, „ucieczka w chorobę” jest „opłacalna” dla jednostki, gdyż rozładowuje napięcie popędowe (psychoanalitycy nazywają to „korzyścią pierwotną”), a w dalszej relacji z otoczeniem społecznym daje „korzyść wtórną” np. w postaci

większej troski ze strony osób najbliższych (Freud, 2000). Objawy pełnią często funkcję wspomagającą nieświadome pragnienia agresywnej kontroli obiektu, rozdzielenia pary rodzicielskiej, czy zatrzymania obiektu (Fenichel, 1945).

Choć najbardziej popularne jest przekonanie, że objawy histeryczne przejawiają się wtedy, gdy rozbudzone zostają konflikty związane z okresem edypalnym, to znaczącą rolę w pewnych typach hysterii odgrywają też konflikty pregenitalne, zwłaszcza oralne. Obecnie uważa się, że uwewnętrznianie konfliktów (będących podłożem późniejszej nerwicy) zaczyna się już w drugiej połowie drugiego roku życia, w procesie rozwiązywania kryzysów etapu separacji-indywiduacji (Mahler, 1975). Tak więc pojęcie nerwicy dziecięcej, stworzone przez Freuda po opisanu Małego Hansa i Człowieka z Wilkami (Freud, 1909, 1918), a odnoszące się do konfliktu edypalnego, obecnie określa się raczej jako konstrukt metapsychologiczny obrazujący wewnętrzną strukturę i organizację dziecięcej osobowości, będącej rezultatem wewnątrzpsychicznego konfliktu. Bowiem do wypierania wewnętrznych konfliktów (które jeśli pozostają w formie ukrytych kompleksów, zwiększają ryzyko wystąpienia w przyszłości objawów histerycznych) dochodzi, zanim pojawią się pragnienia i konflikty związane z kompleksem Edypa (Moor, Fine, 1996).

Fenichel wskazuje na rolę konfliktów pregenitalnych w kształtowaniu się objawów konwersyjnych. Gdy w najwcześniejszych fazach psychorozwoju miała miejsce nadmierna gratyfikacja lub frustracja popędów, wówczas dochodzi do fiksacji libido na analnej lub oralnej fazie rozwoju psychoseksualnego jednostki, co może spowodować późniejszą do nich regresję i wystąpienie objawów konwersyjnych w postaci tików, czy zaburzeń mowy polegających na jękaniu się (Fenichel, 1945).

Melania Klein z kolei zakłada, że konflikty rozwojowe z konfliktem edypalnym włącznie oraz obrony przeciw tym konfliktom, znajdują swój wyraz w fantazjach już w pierwszym roku życia dziecka (Kutter, 2000). Fantazję Klein definiuje jako istniejącą od początku życia jednostki aktywność psychiczną, stanowiącą wyraz popędów (Moor, Fine, 1996). Klein zdemaskowała idylliczny wizerunek matka-dziecko. Wskazywała na różnorodne formy tej relacji, przybierającej pozycje schizoidalno-paranoidalną i depresyjną (Klein, 1992). Dla pierwszej z wymienionych pozycji charakterystyczne jest doświadczanie paranoidalnego lęku, związanego z dominacją procesu rozpadu i nieumiejętnością postrzegania przez niemowlę innych obiektów jako całości. Dziecko pragnie zniszczenia piersi matki poprzez jej wchłonięcie, co jednocześnie rodzi obawę odwetu ze strony złej piersi i skłania dziecko do podejmowania prób poprawienia stosunków z matką. W pozycji depresyjnej niemowlę postrzega już matkę jako cały obiekt, a ambiwalentne uczucia względem niej rodzą uczucie winy i depresyjny lęk przed utratą obiektu

(Segal, 1974). W teorii Klein nerwica dziecięca jest formą obrony przed lękami paranoidalnymi i depresyjnymi i wtedy dochodzi do uwewnętrzniania konfliktów stanowiących bazę dla nerwicy wieku dorosłego. Jak mówi autorka powyższej teorii: „z mojego doświadczenia wynika, że możemy pomóc nerwicowemu pacjentowi poprzez przywrócenie jego fantazji i lęków w interpretacjach przeniesieniowych do miejsca, z którego pierwotnie pochodzą – to znaczy do najwcześniejszego dzieciństwa i relacji z pierwszymi obiektami” (za Klein, 1955 [w:] Schier, 1995, s. 83).

PSYCHOANALITYCZNE INTERPRETACJE OBJAWÓW KONWERSYJNYCH

Specyficznym rodzajem histerycznego paraliżu jest **mutyzm**. Może on wyrażać wrogość lub lęk względem osoby, w której obecności symptom się rozwija lub też generalny brak zainteresowania osobą, z którą rozmowa byłaby możliwa (np. pacjentka Freuda cierpiała na mutyzm z powodu braku człowieka, którego kochała) (Fenichel, 1945). Z kolei **motoryczny paraliż** stanowi zdaniem Fenichela obronę przeciw niewłaściwemu, seksualnemu działaniu. Histerycznemu paraliżowi zawsze towarzyszy wzrost napięcia, które reprezentuje zarówno zabezpieczenie przed owym działaniem, jak i zniekształcony substytut tego działania (Fenichel, 1945). Podobnie popularny niegdyś **łuk histeryczny** czy mylone dziś z padaczką **napady drgawkowe** reprezentują wg Freuda przeciwstawne tendencje, wyrażające jednocześnie tłumione pragnienia i tłumiące siły. Fenichel dodaje, że symptom ten wyraża też męskie starania, aby wysunąć ukryty penis, jak również kobiece, by dokonać porodu (Fenichel, 1945). Konwersyjne **puchnięcie** jest interpretowane jako substytut zewnętrznych narządów płciowych i fantazji o erekcji, natomiast **palpitacja serca** symbolizuje wzrost erekcji kończący się orgazmem (Fenichel, 1945). Konwersyjne **zaburzenia czuciowych percepcji** reprezentują z kolei odrzucenie denerwujących, seksualnych percepcji. Ograniczenia zmysłowych percepcji są także symptomem wyraźnej histerycznej introwersji, tzn. braku zainteresowania zewnętrznymi wydarzeniami, a ten brak zainteresowania zwiększa możliwość zastępowania rzeczywistości przez fantazje (stąd nieadekwatny, percepcyjny odbiór rzeczywistości) (Fenichel, 1945). Histeryczne **zaburzenia widzenia** były tematem bardzo pouczającego artykułu Freuda, w którym autor podkreślał, iż histeryczne: „nie mogę widzieć” oznacza „nie chcę widzieć”, co wyraźnie wskazuje na stłumienie impulsu do patrzenia, wywołane np. zakazami superego. Oko może także reprezentować pregenitalne, erogenne sfery. Jako narząd zmysłu może wyrażać np. oralne zawieranie i pragnienia analno-sadystyczne (uruchamiające w jednostce nieświadomy pomysł pochłonięcia czy zabijania obiektów za pomocą wzroku), przeciw czemu ego uruchamia obronę. W wyniku obron ego przeciw owym dążeniom,

dochodzi do powstania takich konwersyjnych zaburzeń widzenia jak **micropsia**, która najczęściej oznacza pragnienie powtórzenia doświadczeń wzrokowo-przestrzennych z wczesnego, oralnego okresu lub wyraża chęć trzymania wszelkich obiektów na dystans, aby nie zabić ich wzrokiem (Fenichel, 1945). Konwersyjne **zaburzenia świadomości** powstają na skutek dominacji edypalnych fantazji, usuwających jednostkę z rzeczywistości (Fenichel, 1945). Symptomatic obrazującym to zjawisko jest **somnambulizm** (lunatykowanie), kiedy dochodzi do pantomimicznego rozładowania popędów - co czasami wyraża tylko niepokój z powodu wewnętrznego napięcia, ale częściej rozładowanie to jest bardziej specyficzne. Ruchy lunatyka odpowiadają albo jego oczywistemu snowi albo ukrytym konfliktom na bazie snu. „Czasami ucieka się z łóżka jako z miejsca pokusy; częściej lunatyk ma jakiś pozytywny cel, do którego zmierza: albo jest to miejsce potencjalnej gratyfikacji nieświadomych impulsów lunatyka, albo miejsce efektywnego uspokajania przeciw tym impulsom, albo oba równocześnie” (Fenichel, 1945, s. 225).

Ciekawym zjawiskiem jest **histeryczna identyfikacja** z inną osobą, przejawiająca się konwersyjnym przejmowaniem przez jednostkę objawów występujących u obiektu identyfikacji. Freud podawał przy tej okazji przykład Dory, która rozwinęła kaszel podobny do kaszlu pana K. Dora spostrzegła owego pana jako swego rywala, zazdrościła mu seksualnych doświadczeń. Uczucia winy nie pozwalały Dorze postawić się na miejscu pana K., ale mogła ona przynajmniej zidentyfikować się z jego nieszczęściem, czyli kaszlem (Freud, 2000). Istnieje też zjawisko histerycznej identyfikacji z płcią przeciwną, a zwłaszcza męskiej identyfikacji u histerycznych kobiet (Fenichel, 1945). Freud stworzył pojęcie „kobieta falliczna” dla określenia fantazji, według której kobieta wyposażona jest w męski członek (Fhaner, 1996). Przypuszcza się, że fantazja ta ma swój początek w preedypalnym okresie rozwoju seksualnego, kiedy dzieci często snują teorie na temat różnic płci i ich funkcji. Określenia tego używa się także w odniesieniu do kobiety, która okazuje typowo męskie cechy psychiczne lub fizyczne, na skutek silnej identyfikacji z płcią przeciwną (Pospiszyl, 1991). Przeprowadzając badania diagnostyczne do celów naukowych spotkałam pacjentkę z zaburzeniami konwersyjnymi o podłożu silnej męskiej identyfikacji. Brzydziła się ona własnym ciałem, nienawidziła swych kobiecych kształtów, a fascynowało ją ciało męskie. Przejawiała męski styl zachowania i ubierania się, choć na poziomie świadomym zdecydowanie zaprzeczała fantazjom o męskiej identyfikacji. W wieku dziecięcym przeżywała silną identyfikację z koniem, co zdaniem Freuda świadczy o nieświadomym pragnieniu bycia chłopcem (Freud, 1999); zapełniała zeszyty rysunkami samolotów, udawała żołnierza, a także miała fazę nagminnego rysowania grzybów - „niewątpliwe symbole członka męskiego” (Freud,

2000, s. 163). O identyfikacji pacjentki z kobietą falliczną mogą świadczyć jej liczne marzenia senne o seksualnych zbliżeniach z wieloma kobietami i mężczyznami z użyciem dużych przedmiotów, np. skrzynie wkładane do narządów kobiecych. Motywem snów pacjentki była także jej identyfikacja z wężem, które to zwierzę zgodnie z interpretacją freudowską symbolizuje męskie narządy płciowe (Freud, 2000).

KONWERSJE CZY PADACZKA – OPIS PRZYPADKU

Badana przeze mnie 37-letnia Agnieszka (matka dwójki dzieci, kilka miesięcy po rozwodzie) od 24 roku życia (po wypadku samochodowym) do 30 roku życia przyjmowała leki przeciwpadaczkowe w związku z objawami zdiagnozowanymi jako padaczka pourazowa (choć podobne objawy występowały także przed wypadkiem). W okresie od 30 do 36 roku życia, kiedy wyniki badań EEG były prawidłowe, nastąpiła przerwa w przyjmowaniu leków. W 36 roku życia nasiliły się objawy wcześniej interpretowane jako padaczkowe, w związku z czym pacjentka znowu zaczęła przyjmować leki. Środki farmakologiczne nie dawały jednak poprawy (choć aplikowano najsilniejsze z możliwych). Po raz pierwszy przeprowadzono wówczas badania psychologiczne (MMPI, SPI, wywiad diagnostyczny), na podstawie których stwierdzono u Agnieszki obecność nerwicy konwersyjnej pod postacią psychogennych napadów rzekomopadaczkowych. W związku z prawidłowym zapisem EEG odstawiono leki, a w wywiadzie diagnostycznym pacjentka podkreśliła, że nie zauważyła zmiany samopoczucia po włączeniu leków (w 36 roku życia) i nie ma zmiany aktualnie, po ich odstawieniu. Fakt ten, a także gruntowne (choć wyraźnie spóźnione) badania neurologiczne i badania mózgu na oddziale neurologiczno-epileptologicznym, wykluczyły obecność padaczki, sugerując psychogenne podłoże objawów diagnozowanych uprzednio jako padaczkowe. Agnieszka pozostaje więc pod opieką rejonowej PZP.

Historia rozwoju choroby

Ojciec pacjentki był alkoholikiem i w domu często dochodziło do przemocy. Kiedy pacjentka ukończyła pierwszy rok życia, wystąpiło u niej omdlenie, po którym przez cały dzień pozostawała „nieobecna” (nie poznawała rodziców). Podobna sytuacja miała miejsce, gdy ojciec zabrał Agnieszce ołówek, na skutek czego pacjentka zanosła się płaczem i straciła przytomność. Kiedy miała 5 lat, matka urodziła syna. W tym okresie Agnieszka często wychodziła z domu w poszukiwaniu kontaktu z innymi ludźmi. Mówiła: *bardzo chciałam z kimś porozmawiać; raz nawet dałam komuś obcemu zegarek ciotki, żeby tylko chciał ze mną*

rozmawiać, bo w domu nikt nie miał dla mnie czasu. W domu około raz w miesiącu Agnieszka traciła przytomność (głównie gdy była strofowana za rozmawianie z obcymi). Matka jeszcze przed urodzeniem syna chciała rozwieść się z mężem, ale wskutek oponowania Agnieszki nie doszło do rozwodu. Po latach pacjentka usłyszała od matki: „masz co chciałaś”. W dzieciństwie Agnieszka wraz z matką i bratem często uciekała z domu przed pijanym ojcem. Uczucie miłości do niego przeplatało się z żalem, złością i strachem. Pacjentka nie miała bliskiego kontaktu z matką, była zazdrosna o brata, nie potrafiła też odnaleźć się w grupie rówieśników. Próbowала zwracać na siebie uwagę otoczenia robiąc różne „psikusy”; swoim zachowaniem i ubiorem przez długi czas starała się naśladować chłopców. Około 12 roku życia pojawiło się drżenie głowy, nasilające się w sytuacjach stresujących (odpowiedzi przy tablicy, poznawanie nowych ludzi). Nieco wcześniej wystąpiło pierwsze menstruacyjne krwawienie, okupione poczuciem wstydu. W ósmej klasie szkoły podstawowej została zgwałcona przez kolegę z klasy, o czym nie powiedziała nikomu. W domu była ofiarą agresji ojca, a z czasem sama zaczęła (mimo wyrzutów sumienia) podnosić na niego rękę (także w obronie matki i brata). Około 18 roku życia straciła przytomność w tramwaju. Oprócz częstego poczucia osłabienia zaczęła mieć problemy z pamięcią, pojawiły się drętwienia kończyn, twarzy, języka i „mrocзки” przed oczami. W tym okresie poznała swego przyszłego męża, z którym zaszła w ciążę. Matka nie pochwalała związku córki z uwagi na liczne zdrady narzeczonego i jego problemy z alkoholem (co budziło niepokój także w Agnieszce). Po ślubie nienawidziła męża za jego brak zainteresowania chorymi dziećmi i egoizm. Po wypadku samochodowym (24 lata) nasiliły się dotychczasowe objawy, które przez kolejne 6 lat próbowano zwalczać lekami przeciwpadaczkowymi. Znaczne pogorszenie samopoczucia nastąpiło w wieku 36 lat (okres rozvodu): ciągle uczucie osłabienia, drętwienie i drżenie kończyn i całego ciała, zaburzenia pola widzenia (wystąpił pojedynczy incydent zupełnej krótkotrwałej ślepoty), niedosłyszenie, zaburzenia pamięci dotyczące zdarzeń z poprzedniego dnia, afonia (przy przyjmowaniu do kliniki całkowita niemożność mówienia), kilka epizodów oddalania się od miejsca zamieszkania pokrytych całkowitą niepamięcią (najczęściej przy próbach dojścia do pracy okazywało się, że dotarła w zupełnie inne miejsce, nie pamiętając jak tego dokonała - fuga dysocjacyjna), częste przypadki „wyłączeń” (jak określa to pacjentka), podczas których pozostawała przytomna w pozycji siedzącej, ale nie reagowała na bodźce zewnętrzne (osłupienie dysocjacyjne).

Analiza psychoanalityczna

Można przypuszczać, że szereg urazowych doświadczeń z życia pacjentki dał podłoże nieświadomym pragnieniom i intrapsychicznym konfliktom.

Jednym z nich jest **konflikt wokół uwagi** dla własnej osoby. Od najmłodszych lat Agnieszka pragnęła być kochana i wzbudzać zainteresowanie, ale spotykała się z odmową zaspokojenia owej potrzeby. Jej seryjny sen o wspinaczce na altankę na oczach tłumów zainteresowanych tym zachowaniem ludzi, wydaje się potwierdzać hipotezę o obecności konfliktu wokół uwagi. Pacjentka przejawiała zdecydowany opór przed werbalizowaniem skojarzeń związanych z jej marzeniami sennymi. Konsekwentnie powtarzała: *nic nie przychodzi mi do głowy*, co świadczy o intensywnym działaniu mechanizmów chroniących treści nieświadome (odpowiedzialne za powstawanie objawów) przed dopuszczeniem ich do świadomości. Na poziomie świadomym pacjentka twierdziła, iż przede wszystkim musi sprawdzić się jako dobra matka i dlatego wzbraniała się przed pogłębianiem kontaktów z nowymi adoratorami, zaprzeczając, że zależy jej na ich zainteresowaniu.

Inny **konflikt dotyczy popędu agresji** ze skłonnością do autoagresji. Frustrująca odmowa gratyfikacji potrzeb najprawdopodobniej stała się przyczyną narastającej w pacjentce agresji oraz regresji do prymitywnych agresywnych impulsów i obron. Ta regresja możliwa była dzięki wczesnemu zafiksowaniu libido wokół sfery agresywnych zachowań ojca i jej agresywnych relacji z nim. Agnieszka interpretując osłupienia dysocjacyjne mówiła: *oddaję się wtedy niespełnionym marzeniom o zdrowych, szczęśliwych dzieciach, dobrej pracy, kochającym mężczyźnie, ale to wszystko razem jest niemożliwe więc pozostaje mi tylko odciąć się od tego świata; w tych wyłączeniach zupełnie nie wiem kim jestem, trwam przez jakiś czas w błogiej pustce*. Wypowiedź ta świadczy o przejawianej przez pacjentkę chęci destrukcji siebie lub świata, co uwolniłoby ją od kontaktu z rozczarowującą rzeczywistością. Agnieszka przejawiała też ogromną agresję względem dzieci. W jednej z wypowiedzi wyznała (mówiąc jednocześnie o dręczących ją wyrzutach sumienia), że nachodzą ją myśli, aby dźgnąć swoje dzieci nożem lub utopić je w wannie. Stwierdziła, że *wiele dała od siebie światu, a w zamian nie uzyskała nic*. Owo „nic” wskazuje na poczucie niespełnienia, skrzywdzenia, a także na obecność w pacjentce żalu względem świata, co potęguje popęd destrukcyjny, kłóący się z moralnym sędzią (superego), nakazującym bycie odpowiedzialną i kochającą matką. Impulsy agresywne wobec dzieci świadczą o nieświadomym traktowaniu ich jako przeszkody na drodze do własnego szczęścia, a objawy konwersyjne są wyrazem obron przeciw zakazanym pragnieniom.

Agnieszka może też przeżywać **konflikt wokół sfery seksualnej i identyfikacji z płcią**. Przebieg najważniejszej – z punktu widzenia powstawania zaburzeń konwersyjnych – fazy

rozwoju seksualnego, czyli fazy fallicznej, był w przypadku pacjentki zaburzony. Z jednej strony bała się ojca, z drugiej kochała go i podziwiała. Nie miała z nim jednak, podobnie jak z matką, tak częstych kontaktów, jak by tego pragnęła. Także narodziny w tym okresie młodszego brata wzbudziły w niej pragnienia bycia na jego miejscu i doznawania większej troski i zainteresowania. Te najwcześniejsze urazowe przeżycia, związane z odmową gratyfikacji potrzeb, współwystępujące w czasie z okresem rozwoju kompleksu Elektry, prawdopodobnie doprowadziły do fiksacji libido na fallicznej fazie rozwoju seksualnego - co nie pozwoliło na prawidłowe rozwiązanie kompleksu Elektry w postaci identyfikacji z matką. Na potwierdzenie tej hipotezy może przemawiać fakt długo utrzymującej się u Agnieszki identyfikacji z chłopięcym typem zachowania. Prawdopodobne jest też, że libido pacjentki w związku z nieprawidłowym rozwiązaniem kompleksu Elektry, zafiksowało się na osobie matki w taki sposób, że obecnie utrudnia to jej nawiązywanie satysfakcjonujących kontaktów z mężczyznami. Agnieszka odnosząc się do swoich zaburzeń mowy powiedziała: *chciałabym wszystkim wykrzyczeć, że dam sobie radę* (matka zawsze uczyła pacjentkę, że trzeba być dzielną). Prawdopodobna fiksacja na matce być może wpływa także na pragnienia Agnieszki dotyczące sfery seksualnej. Potwierdzenia tych domniemywań można doszukiwać się we śnie o wspinaczce. Altanka, na którą wspina się pacjentka, przypomina kaplicę (wg Freuda symbol kobiecości), a Agnieszka dodaje, że wspina się tam *chyba po to, by zaimponować mężczyźnie*. Pacjentka chce pokazać siebie mężczyźnie i wszystkim wokół; pragnie być obiektem podziwu i pożądania. Oczywiście te interpretacje pozostają tylko domniemaniami, gdyż o prawdziwej treści utajonej z większym prawdopodobieństwem można mówić tylko dzięki wnikliwej analizie kojarzeń samej pacjentki. Koniec snu jest brutalnym, wywołującym tęsknotę i pustkę urwaniem satysfakcjonującej wspinaczki. Być może więc Agnieszka nieświadomie powstrzymuje się od kontaktów z mężczyznami, gdyż także nieświadomie pragnie kontaktów seksualnych z kobietami (zgodnie z symboliką freudowską wspinaczka oznacza akt płciowy, a kaplica jest symbolem kobiety). Oczywiście bez skojarzeń pacjentki odnośnie snu powyższe stwierdzenie jest bardzo hipotetyczne. Być może Agnieszka przeżywa nieświadomy konflikt wokół pragnień seksualnych zarówno do mężczyzn jak i do kobiet, co budzi w niej poczucie lęku i strach przed chorobą psychiczną (we śnie pojawia się szpital psychiatryczny). Marzenie senne może wskazywać, że choroba pacjentki wiąże się z pragnieniami seksualnymi i z obroną względem potrzeby pokazywania. Prawdopodobne jest też, że pragnienia wokół obiektu seksualnego (czy to męskiego, czy kobiecego) ścierają się z nakazem superego, aby przede wszystkim „dać sobie ze wszystkim radę” – czyli w przypadku pacjentki dbać o dom i dzieci. Być może Agnieszka czuje obawę i lęk, że jednak nie podoła wszystkim obowiązkom i dlatego

wzbrania się przed kolejnym (w jej mniemaniu) obciążeniem, czyli kontynuowaniem znajomości z nowo poznanym adoratorem.

Związek pacjentki z mężem alkoholikiem stanowił transfer jej dziecięcej, zaburzonej relacji z ojcem. Z jednej strony próbowała ratować związek małżeński, z drugiej żywiła do męża pretensje, co wzmagало w niej poczucie agresji. W związku z tkwieniem w **relacji przeniesieniowej**, pacjentka powielala dawne konflikty wewnętrzne, przyczyniające się do wykształcenia zaburzeń konwersyjnych.

Fenichel interpretuje wszelkie napady drgawkowe jako symbol oddziaływania przeciwstawnych tendencji lub wyraz agresywnych czy też seksualno – agresywnych fantazji jednostki (Fenichel, 1945). Zważywszy na zdające się odgrywać u Agnieszki istotną rolę pragnienia seksualne i agresywne (pozostające dodatkowo w konflikcie) – to pojawienie się i dominacja właśnie konwersyjnych zaburzeń ruchu wydaje się być z psychoanalitycznego punktu widzenia uzasadniona. Niestety przez 6 lat bagatelizowano możliwość psychologicznego źródła objawów Agnieszki i tym samym aplikowano wyłącznie leki skutkujące w przypadku zaburzeń o podłożu somatycznym, nie podejmując żadnych środków zaradczych z dziedziny oddziaływań psychologicznych. Istnieje więc poważny problem diagnostyczny konwersji i konieczność upowszechniania wiedzy o tym zjawisku.

BIBLIOGRAFIA:

1. Aleksandrowicz, J. (1998). *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości, zachowanie dorosłych (według ICD-10) - psychopatologia, diagnostyka, leczenie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
2. Bilikiewicz, A.; Pużyński, S.; Rybakowski, J.; Wciórka, J. (2002). *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*. Tom II. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
3. Bobowska, A. i inni (1992). Uwagi na temat studium przypadku Dory Zygmunta Freuda. W: M. Sokolik (red.), *Problemy współczesnej psychoanalizy* (s. 17-25). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
4. Dąbrowski, S.; Jaroszyński, J.; Pużyński, S. (1987). *Psychiatria*. Tom I. Warszawa: PZWL.
5. Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
6. Fhaner, S. (1996). *Słownik Psychoanalizy*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

7. Freud, Z. (1966). The Neuro-psychoses of defence. W: J. Strachey (red.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (t. 3, 45-61). London: The Hogarth Press.
8. Freud, Z. (1967). *Człowiek, religia, kultura*. Warszawa: Książka i Wiedza.
9. Freud, Z. (1997). *Poza zasadą przyjemności*. Warszawa: PWN.
10. Freud, Z. (1999). *Życie seksualne*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
11. Freud, Z. (2000). *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
12. Haslam, M. (1997). *Psychiatria*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
13. Jakubik, A. (1979). *Histeria. Metodologia, teoria, psychopatologia*. Warszawa: PZWL.
14. Kępiński, A. (2002). *Psychopatologia nerwic*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
15. Klein, M. (1992). Żaloba i jej związek ze stanami maniakalno-depresyjnymi. W: K. Walewska; J. Pawlik (red.), *Depresja – ujęcie psychoanalityczne* (s. 42 – 74). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
16. Kutter, P. (2000). *Współczesna psychoanaliza. Psychologia procesów nieświadomych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
17. Mahler, M. (1975). On the current status of the concept of infantile neurosis. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, (23), 327-333.
18. Moor, B. E.; Fine B. D. (1996). *Słownik psychoanalizy - klasyczne pojęcia, nowe koncepcje*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & CO.
19. Owczarek, K. (2002). *Analiza profili osobowości u osób z psychogennymi napadami rzekomopadaczkowymi i padaczkowymi na podstawie Minnesockiego Wielowymiarowego Inwentarza Osobowości (MMPI)*. Warszawa: Centrum medyczne kształcenia podyplomowego.
20. Pospiszyl, K. (1991). *Zygmunt Freud – człowiek i dzieło*. Wrocław: Wydawnictwo Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
21. Pużyński, S.; Wciórka, E. J. (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazania diagnostyczne*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; Instytut Psychiatrii i Neurologii.
22. Rangell, L. (1959). The nature of conversion. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, (7), 632-662.
23. Schier, K. (1995). Przeniesienie w psychoterapii dzieci. *Świat Psychoanalizy*, (2), 77-88.
24. Segal, H. (1974). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. New York: Basic Books Inc. Publishers.