

Syndrom jerozolimski – opis przypadku

Jerusalem syndrome – a case report

Anna Poleszczyk, Łukasz Święcicki

II Klinika Psychiatryczna, IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. T. Parnowski

Summary

Aim. The aim of the paper was to present the case of a patient who developed acute psychotic symptoms on her visit to Jerusalem.

Method. The analysis of the clinical case and medical history.

Results. The presented 62-year-old woman with a history of previous psychiatric disorder arrived with her husband to Jerusalem as a part of organised touristic group. She developed acute psychotic reaction through some stages characteristic for the third type of Jerusalem syndrome. Symptoms resolved completely soon after returning to Poland and admission to the hospital where an antipsychotic treatment was performed.

Conclusions. Despite the rare occurrence of this phenomenon, it is worth noting that we can divide Jerusalem syndrome into three types depending on its clinical course, patient's history of previous psychiatric disorders and this division has some clinical implications. This syndrome can be also considered in the context of some factors connected with travelling in general which may be responsible for psychiatric disturbances occurring among travelers. The course of psychiatric disturbances in the presented patient resembled the third type of Jerusalem syndrome despite her past psychiatric history and probably travelling caused her decompensations. In clinical practice we have to remember that in case of the patients with a known psychiatric history, clinical evaluation may be useful before travelling. In previously healthy patients developing the third type of the Jerusalem syndrome early intervention and separation from Jerusalem and its holy places and their contact with family are crucial for soon recovery.

Słowa kluczowe: syndrom jerozolimski, psychoza reaktywna, opis przypadku

Key words: Jerusalem syndrome, reactive psychosis, case report

Wprowadzenie

Pojęcie „syndrom jerozolimski” wprowadził w 1982 roku Yair Bar-El z jerozolimskiej kliniki Kfar Shaul Mental Health Center, gdzie w ciągu 13 lat (1980–1993) stwierdzano 100 przypadków rocznie, w których występowały objawy psychotyczne o tematyce religijnej wywołane przybyciem do Jerozolimy, a 40 spośród nich wymagało hospitalizacji [1, 2]. W piśmiennictwie brak nowszych danych epidemiologicznych odnośnie częstości występowania tego syndromu. Zjawisko to prawdopodobnie pojawiło się, odkąd Jerozolima stała się celem pielgrzymek – z kilkoma przypadkami udokumentowanymi już w średniowieczu i opisywanym wzrostem zachorowań w XIX

wieku [1, 3, 4]. Bar-El i wsp. w swojej pracy, zgodnie ze swoim doświadczeniem klinicznym, podzielili chorych cierpiących na syndrom jerozolimski na trzy grupy, uwzględniając dotychczasowy wywiad w kierunku zaburzeń psychicznych i obraz kliniczny oraz przebieg bieżącego epizodu, przytaczając przykłady z praktyki [1, 2].

Do pierwszej grupy (typ I) zaliczyli osoby, u których już wcześniej rozpoznano zaburzenia psychotyczne, a do Jerozolimy przybywają pod wpływem urojeń religijnych. W tej grupie z kolei wyodrębnili podtypy. Pierwszy z nich obejmuje osoby identyfikujące się z postaciami ze Starego lub Nowego Testamentu lub przekonane urojeniuowo, że nimi są, przy czym turyści żydowscy identyfikują się z tymi pierwszymi, a chrześcijanie z tymi drugimi. I odpowiednio kobiety i mężczyźni z postaciami płci żeńskiej i męskiej. Autorzy przywołali przypadek chorego na schizofrenię paranoidalną Amerykanina, który identyfikował się z postacią Samsona i był przekonany, że spoczywa na nim obowiązek wypełnienia misji, próbował usunąć jeden z kamieni Ściany Płaczu (Zachodnia Ściana). Podtyp drugi charakteryzuje się występowaniem u chorych idei o treści religijnej lub politycznej, zgodnie z którą osoby te przybywając do Jerozolimy są zdecydowane działać. Przykładem może być australijski turysta, który podpalając w 1969 r. meczet Al Aksa (znajduje się on na Wzgórzu Świątynnym i jest jednym z najbardziej zapalnych miejsc na świecie, miejscem konfliktu między żydami a muzułmanami) wywołał kilkudniowe krwawe zamieszki. Z kolei podtyp trzeci obejmuje osoby, u których występują magiczne przekonania dotyczące uzdrawiającego działania Jerozolimy. Przykładem osoby cierpiącej na tę odmianę syndromu jerozolimskiego był ponoć rosyjski pisarz Mikołaj Gogol, choć nie ma co do tego zgodności [1, 2, 5, 6]. Do chorych na podtyp czwarty autorzy zaliczają osoby przybywające do Jerozolimy wielokrotnie w stanie zaostrzenia choroby, kierowane urojeniami odnoszącymi się do ich rodziny. W przypadku tej grupy trudno jest wyjaśnić znaczenie Jerozolimy w rozwoju psychozy lub przyczynę przybycia do tego miasta.

Do drugiej grupy (typ II) osób, u których rozwija się syndrom jerozolimski, należą osoby z zaburzeniami osobowości lub kierujące się myślą nadwartościową, nie są jednak uznawane za chore psychicznie, choć ich dziwaczne myśli i idee o treści religijnej nie są dalekie od poziomu urojeń. Osoby te działają w grupie lub – rzadziej – samotnie. Prawdopodobnie jest to duża grupa cierpiących na syndrom jerozolimski i grupy skupiające takie osoby są widoczne w miejscach kultu. Pomoc psychiatryczna w tym przypadku zwykle nie jest konieczna.

Trzeci typ syndromu jerozolimskiego, nazywany „prawdziwym” i uważany za najciekawszy, obejmuje względnie małą liczbę chorych. Ma on dotyczyć osób dotychczas zdrowych (bez wcześniejszych epizodów psychotycznych, istotnych problemów w pracy lub rodzinnych, nie używających substancji psychoaktywnych). Przyjeżdżają one do Jerozolimy jako zwykli turyści, bez szczególnej misji lub celu. Są zwykle w towarzystwie przyjaciół lub rodziny, często jako uczestnicy zorganizowanych wycieczek po krajach basenu Morza Śródziemnego. U osób tych po przybyciu do Jerozolimy rozwija się ostry epizod psychotyczny obejmujący siedem etapów. Początkowo występuje niepokój, pobudzenie, napięcie i inne nieswoiste objawy. Potem osoba taka pragnie oddzielić się od grupy lub rodziny i samotnie zwiedzać święte miasto. Następnie odczuwa potrzebę oczyszczenia się, kompulsywnie myje się, obcina paznokcie. Kolejno może

przywdziać białe prześcieradło i wykrzykiwać lub śpiewać głośno psalmy, wersety z Pisma Świętego. Następnie może udać się do jednego ze świętych miejsc Jerozolimy, gdzie wygłosi kazanie, apel o niespójnej treści o prowadzenie moralnego życia. U chorych w tej grupie zwykle nie występują omamy wzrokowe ani słuchowe, wiedzą kim są, nie podają się za inne osoby. Ich stan powraca do normy w ciągu 5–7 dni. Jest to zatem krótki epizod psychotyczny z następowym pełnym wyzdrowieniem. Osoby te potrzebują leczenia i często je otrzymują, ale wyzdrowienie jest dość często samoistne i niekoniecznie następuje dzięki stosowanemu leczeniu. Wiadomo, że opuszczenie przez chorego Jerozolimy ułatwia leczenie, a często jest niezbędne dla odzyskania zdrowia [1, 2]. Po wyzdrowieniu chorzy pamiętają swoje zachowanie i wstydzą się go, niechętnie o nim rozmawiają i nie chcą już nigdy wracać do Jerozolimy. Autorzy jerozolimscy uważają, że u podłoża wystąpienia tego zespołu może znajdować się rozdźwięk między wyidealizowaną wizją świętego miasta osób wychowanych w religijnych rodzinach a rzeczywistym obrazem nowoczesnej Jerozolimy, metropolii będącej ogniskiem konfliktów na tle religijnym. Prawdopodobnie zbliżone objawy psychopatologiczne mogą występować u podróżujących do Mekki, świętych miejsc Indii czy ośrodków kultu maryjnego, choć nie są tak dobrze opisane [1, 2].

Opis przypadku

Kobieta w wieku 62 lat została przywieziona do izby przyjęć prosto z lotniska przez rodzinę. Wraz z mężem była na zorganizowanej wycieczce w Izraelu i Egipcie. Mężowi pacjentki udało się załatwić wcześniejszy powrót w związku z pogorszeniem się jej stanu psychicznego. Nagle wystąpiło u niej pobudzenie psychoruchowe, była w bardzo zmiennym nastroju, bezsenna. Koncentrowała się na oczyszczaniu swojego otoczenia, lizała podłogę w hotelu. Przejawiała dziwaczne zachowania, podczas zwiedzania zaczęła rozdawać ludziom wodę, twierdząc, że zamieniła ją w wino. Nie chciała opuścić kościoła, demonstracyjnie modliła się, chciała oddzielić się od wycieczki. Deklarowała chęć wstąpienia do zakonu. Uderzała się pięściami w brzuch, twierdziła, że jest opętana.

Dotychczas pacjentka była raz hospitalizowana psychiatrycznie i było to około 20 lat temu. Z wywiadu od męża wynika (nie dostarczono dokumentacji, a pacjentka później przyznała, że trzyma ją w domu w swoich osobistych rzeczach), że poprzednie zachorowanie także miało obraz ostrego epizodu psychotycznego i pozostawało w czasowym związku z wycieczką do Watykanu i podróżami w celach zawodowych do Turcji. Ze względu na odstęp czasowy mężowi pacjentki trudno było przywołać szczegółowo te wydarzenia. Potem pacjentka nieregularnie i krótko korzystała z opieki psychiatry. Po pierwszej hospitalizacji przyjmowała trifluoperazynę. Od ponad 20 lat żyła w związku małżeńskim, miała dorosłego syna. Obecnie emerytka, a wcześniej wraz z mężem prowadziła działalność gospodarczą związaną z handlem. Prowadziła samodzielnie gospodarstwo domowe, od kilku lat zajmowała się swoją obłożnie chorą teściową. Na kilka miesięcy przed obecnym zachorowaniem dowiedziała się o rozwodzie syna, co było dla niej dużym wstrząsem. W jej rodzinie nie występowały

zaburzenia psychiczne. Wywiad w kierunku używania alkoholu i substancji psychoaktywnych był negatywny.

Przy przyjęciu była w powierzchownym kontakcie, wielomówna, pobudzona, w zmiennym nastroju, drażliwa, w wypowiedziach dominowały urojeniowe treści religijne, prezentowała także nastawienia urojeniowe wobec męża i znajomego księdza, z którym odbywała wycieczkę.

Po przyjęciu wykonano u pacjentki w trybie pilnym podstawowe badania laboratoryjne, EKG oraz tomografię komputerową głowy. W badaniach tych nie występowały odchylenia od normy. Początkowo przez trzy kolejne dni zastosowano u pacjentki olanzapinę w dawce do 20 mg/d (najpierw domięśniowo, potem doustnie). Ze względu na brak skuteczności takiego leczenia zastąpiono olanzapinę haloperidolem w dawce do 15 mg/d domięśniowo, a następnie doustnie. Bezpośrednio po włączeniu leku stan pacjentki uległ poprawie. Podczas hospitalizacji pacjentki zmarła jej teściowa, którą się opiekowała. Doraźnie wtedy otrzymywała hydroksyzynę w dawce do 50 mg/d doustnie z powodu niepokoju i trudności z zaśnięciem. Została wypisana po 30 dniach hospitalizacji z pełną poprawą, krytyczna wobec choroby, z zaleceniem przyjmowania haloperidolu w dawce 8 mg/d doustnie. Pacjentka i jej mąż postanowili unikać podróży do miejsc związanych z kultem religijnym.

Omówienie

Zgodnie z wiedzą autorów niniejszej pracy jak dotąd nie opublikowano w piśmiennictwie polskim opisu kazuistycznego osoby, u której wystąpiły objawy syndromu jerozolimskiego. Jest to zapewne związane z rzadkim trafianiem takich pacjentów pod opiekę polskich psychiatrów.

U przedstawionej pacjentki wystąpił ostry epizod zaburzeń psychotycznych w bezpośrednim związku z przyjazdem do Jerozolimy w celach turystycznych. W zachowaniu pacjentki można dostrzec etapy rozwoju „prawdziwego” syndromu jerozolimskiego. Czas utrzymywania się objawów psychopatologicznych był względnie krótki i ustąpiły one niemal bezpośrednio po zastosowaniu leków przeciwpsychotycznych. Rozpoznanie u pacjentki trzeciego typu syndromu jerozolimskiego utrudnia epizod psychotyczny, który przeżyła około 20 lat temu i który miał z kolei związek z wizytą w Watykanie. Niemniej jednak przebieg i obraz kliniczny zaburzeń w ciągu jej życia nie uprawnia do rozpoznania u niej schizofrenii [11]. Wśród autorów nie ma zgodności, czy syndrom jerozolimski można uznać za odrębne, swoiste zaburzenie, czy też jest zaostrzeniem w przebiegu schizofrenii paranoidalnej, i czy Jerozolima, a właściwie jej znaczenie dla przybywającej do niej osoby, jest czynnikiem patogenetycznym czy też stanowi okoliczność wzmacniającą wcześniejsze zaburzenia, jedynie kształtując treść urojeń, a zachowania osoby chorej zyskują tam na wyrazistości [1, 5, 9, 10]. Twórcy pojęcia „prawdziwy” syndrom jerozolimski podkreślali także, że nie dysponują danymi z dalszego przebiegu choroby osób, u których rozpoznali to zaburzenie, co utrudnia lepsze zrozumienie tego zjawiska [2]. Ze względu na nagły początek, względnie krótki okres występowania objawów psychopatologicznych i ich charakter

rozpoznano u przedstawionej pacjentki ostre wielopostaciowe zaburzenie psychiatryczne bez objawów schizofrenii.

Występujące u niej zaburzenia można rozpatrywać w szerszym kontekście zaburzeń psychicznych występujących u podróżujących nie tylko do miejsc kultu. Wielu autorów podkreśla wiele czynników, które wpływają na stan psychiczny osób podróżujących [1, 2] – zmiana w rutynie codziennego życia, przebywanie w nieznanym otoczeniu, bliskość obcokrajowców lub nieznajomych, beczynność i różnice kulturowe. W przypadku omówionego syndromu jerozolimskiego te czynniki w połączeniu ze szczególnym znaczeniem, jakie ma Jerozolima dla żydów, chrześcijan i muzułmanów, mogą wyzwać ostry epizod psychiatryczny. Z kolei w opisywanym jako podobny syndromie Stendhala lub syndromie florenckim znaczenie mają emocje wywołane przez dzieła sztuki zgromadzone we Florencji u odwiedzających ją podróżnych, u których w tej sytuacji mogą pojawiać się objawy lękowe lub nawet psychiatryczne. Nazwa ta pochodzi od nazwiska francuskiego pisarza, który miał doświadczyć *déjà vu* i niepokoju w tych właśnie okolicznościach [1, 2]. Według autorki tego pojęcia, Magherini, reakcje takie występują zwykle u osób, u których już wcześniej istniały zaburzenia psychiczne (podobnie jak w przypadku syndromu jerozolimskiego).

Kolejnym przykładem zaburzeń psychicznych powstających w związku z podróżowaniem są zaburzenia psychiatryczne u osób, które zagubiły się na lotnisku (airport wondering syndrome lub airport syndrome). W odróżnieniu od osób, u których rozwija się syndrom jerozolimski, osoby te nie są w stanie podać danych personalnych, nie wiedzą, skąd i dokąd podróżują. U niektórych osób objawy te mijają szybko po odpoczynku. Najczęściej jednak są to osoby, u których już wcześniej rozpoznano zaburzenia psychiatryczne i już pod wpływem objawów chorobowych przybyły na lotnisko, niekoniecznie w celu odbycia podróży [1, 2, 6, 8].

Opisano także objawy psychopatologiczne z kręgu objawów psychiatrycznych, objawów zaburzeń afektywnych i nerwicowych u Japończyków odwiedzających Paryż, zwane popularnie syndromem paryskim. Znaczenie tutaj mają różnice językowe, kulturowe i związane z tym poczucie izolacji, a także rozdźwięk między oczekiwaniami podróżnych a rzeczywistym obrazem miasta i jego mieszkańców. Również w tym przypadku można wyróżnić osoby, u których występowały zaburzenia przed przyjazdem do Francji, jak i te, u których pojawiają się one po raz pierwszy po pewnym czasie od przybycia [7].

Podsumowując, u niektórych osób, u których występują zaburzenia psychiczne, czynniki związane z podróżowaniem i pobyt w miejscach wywołujących silne emocje mogą wyzwać epizod chorobowy, choć niekiedy dzieje się tak także u osób dotychczas zdrowych. U osób dotąd nie chorujących na zaburzenia psychiczne, u których rozwija się trzeci typ syndromu jerozolimskiego, ważna jest wczesna interwencja, wyjazd z Jerozolimy i kontakt tych osób z rodziną. Takie postępowanie zapobiega pełnemu rozwojowi objawów i ułatwia szybki powrót do zdrowia [1, 2]. W praktyce klinicznej powinno się brać pod uwagę cel podróży dotychczas prowadzonego pacjenta i okoliczności, które mogą wywołać u niego nawrót. Ważna jest w tym przypadku psychoedukacja obejmująca pacjenta i osobę mu towarzyszącą. To, czy zespół objawów psychopatologicznych składających się na syndrom jerozolimski uznany zostanie za

dobrze rokujący ostry epizod psychotyczny z udziałem czynników reaktywnych, czy też kolejne zaostrzenie w przebiegu schizofrenii, należy rozpatrywać indywidualnie.

Ерусалимский синдром. Описание наблюдения

Содержание

Задание. Заданием работы было представление наблюдения пациентки, у которой появились острые психотические симптомы во время экскурсии в Ерусалим.

Метод. Описана 62 летняя женщина с психическими нарушениями в анамнезе, которая приехала вместе с мужем в Ерусалим в рамках организованной экскурсии. У женщины появилось острое психическое нарушение с определенными этапами, характерными для третьего типа ерусалимского синдрома. Психопатологические симптомы быстро ликвидировались после приезда в Польшу, а больная была принята в больницу, где применено противопсихотическое лечение.

Выводы. Несмотря на очень редкое появление этого состояния можно, однако, помнить, что ерусалимский синдром можно разделить на три подтипы, в зависимости от клинического течения, анамнеза больного с учетом психических нарушений, а это разделение несет за собой определенные клинические импликации. Этот синдром можно также рассматривать в контексте определенных факторов, связанных с путешествиями, которые могут повлиять на появление психических нарушений у путешественников. Течение психических нарушений, которые появились у описанной пациентки, напоминали третий тип ерусалимского синдрома, несмотря на то, что в прошлом она была лечена в психиатрическом отделении. По-видимому, путешествия способствовали декомпенсации психического состояния. В практике необходимо помнить, что у пациентов с психическими нарушениями в анамнезе важна, может быть, оценка клинического состояния перед дорогой. У пациентов здоровых, у которых появился третий тип ерусалимского синдрома, ранняя интервенция и сепарация от Ерусалима и ее святых мест, а также контакт этих людей с их семьями являются ключевыми для их быстрого выздоровления.

Ключевые слова: ерусалимский синдром, реактивный психоз, описание наблюдения

Jerusalem – Syndrom – Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war die Vorstellung des Falles einer Patientin, bei der akute psychotische Symptome während der Besichtigung von Jerusalem erschienen.

Methode. Analyse des klinischen Falles und der medizinischen Dokumentation.

Ergebnisse. Die vorgenannte 62-jährige Frau mit psychischen Störungen im der Anamnese kam mit ihrem Mann nach Jerusalem mit einem Reisebüro. Bei ihr erschien eine schwere psychotische Störung mit gewissen Etappen, die für den dritten Typ vom Jerusalem – Syndrom charakteristisch sind. Die psychopathologischen Symptome ließen schnell nach der Rückkehr nach Polen und nach der Einweisung ins Krankenhaus nach, wo die Behandlung mit Antipsychotika eingesetzt wurde.

Schlussfolgerungen. Obwohl diese Erscheinung selten auftritt, muss man daran denken, dass das Jerusalem – Syndrom in drei Untertypen eingeteilt werden kann, abhängig vom klinischen Verlauf und Anamnese in Richtung psychische Störungen. Diese Teilung hat gewisse klinische Implikationen. Das Syndrom kann man auch im Kontext der Faktoren erwägen, die im Allgemeinen mit Reisen zu tun haben, die zu psychischen Störungen bei den Reisenden beitragen können. Der Verlauf von psychischen Störungen, die bei der vorgenannten Patientin erschienen, erinnerte an den dritten Typ vom Jerusalem – Syndrom; trotz der psychiatrischen Behandlung in der Vergangenheit, trugen wahrscheinlich die Reisen zu den bei ihr auftretenden Dekompensationen bei. In der Praxis soll man daran denken, dass für die Patienten mit psychischen Störungen in der Anamnese die klinische Bewertung vor der geplanten Reise wichtig sein kann. Bei den bisher gesunden Patienten, bei denen

der dritte Typ vom Jerusalem – Syndrom erscheint, sind das schnelle Eingreifen und das Verlassen von Jerusalem und den heiligen Stätten und der Kontakt der kranken Personen mit ihren Familien besonders wichtig für die schnelle Genesung.

Schlüsselwörter: das Jerusalem – Syndrom, reaktive Psychose, Fallbeschreibung

Le syndrome de Jérusalem – description d'un cas

Résumé

Objectif. Présenter le cas d'une patiente avec les symptômes psychotiques aigus qui se sont manifestés durant son séjour à Jérusalem.

Méthode. L'analyse d'un cas clinique et de sa documentation médicale.

Résultats. La femme de 62 ans, accompagnée de son mari, visite Jérusalem avec un groupe touristique organisé. Durant ce séjour elle souffre des troubles psychotiques aigus, caractéristiques pour le troisième type du syndrome de Jérusalem. Les symptômes psychotiques disparaissent vite après le retour en Pologne et après l'hospitalisation et la thérapie antipsychotique.

Conclusions. Bien que ce syndrome soit rare il faut savoir que ce syndrome contient trois sous-types, dépendant du cours clinique et de l'histoire du patient avec les troubles psychiques. Cette classification a quelques implications cliniques. Ce syndrome se lie aussi avec certains facteurs liés en général avec les voyages qui parfois sont responsables de l'apparition des troubles mentaux chez les voyageurs. Chez cette patiente en question le cours des troubles ressemble au troisième type du syndrome de Jérusalem bien qu'au passé elle soit été traitée. Probablement les voyages causent chez elle les décompensations. La pratique clinique doit prendre en considération que pour les patients avec les troubles psychotiques il est important évaluer leur troubles avant le voyage futur. Chez les personnes saines qui souffrent du troisième type du syndrome de Jérusalem, l'intervention précoce et leur séparation de cette ville et de ses lieux saints, le contact avec leur famille sont les plus importants pour leur guérison.

Mots clefs. Syndrome de Jérusalem, psychose réactive, description d'un cas

Piśmiennictwo

1. Prochowicz K, Sobczyk A. *Syndrom jerozolimski. Objawy, przebieg i kontekst kulturowy.* Psychiatr. Pol. 2011; 2: 289–296.
2. Bar-El Y, Durst R, Katz G, Zislin J, Strauss Z, Knobler HY. *Jerusalem syndrome.* Brit. J. Psychiatry 2000; 176: 86–90.
3. Kalian M, Wirtzum E. *Jerusalem syndrome as reflected in pilgrimage and biographies of four extraordinary women from the 14th century to the end of second millenium.* Ment. Health Relig. Cult. 2002; 5 (1): 1–16.
4. Wirtzum E, Kalian M. *The Yerusalem syndrome – fantasy and reality. A survey of accounts from the 19th century to the end of the second millenium.* Israel J. Psychiatry 1999; 36: 260–271.
5. Kalian M, Wirtzum E. *Comments on Jerusalem syndrome.* Brit. J. Psychiatry 2000; 176: 492.
6. Shapiro S. *Airport wondering as a psychotic symptom.* Psychiatr. Clin. 1982; 15: 173–176.
7. Viala A, Ota H, Vacheron MN, Martin P, Caroli F. *Les japonais en voyage pathologique à Paris : un modèle original de prise en charge transculturelle.* Nervure 2004; 5: 31–34.
8. Gordon H, Kingham M, Goodwin T. *Air travel by passengers with mental disorder.* Psychiatr. Bull. 2004; 28: 295–297.
9. Kalian M, Wirtzum E. *Jerusalem syndrome or paranoid schizophrenia?* Psychiatr. Serv. 2000; 51: 1453.
10. Fastovsky N, Teitelbaum A, Zislin J, Katz G, Durst R. *Jerusalem syndrome or paranoid schizophrenia? In reply.* Psychiatr. Serv. 2000; 51: 1454.

11. Wciórka J. *Psychozy schizofreniczne*. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria kliniczna*, wyd.2. Wrocław: Elsevier; 2011. s. 195–212.

Autorzy artykułu nie korzystali z żadnych źródeł finansowania.

Adres: Anna Poleszczyk
II Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 21.06.2012
Zrecenzowano: 25.09.2012
Otrzymano po poprawie: 24.10.2012
Przyjęto do druku: 18.02.2013
Adiustacja: A. K.