

## **Z historii polskiej psychiatrii: paragnomen**

### **From the history of Polish psychiatry: paragnomen**

Joanna Wilemborek, Marek Jarema

III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie

#### **Summary**

We present the case of a 27-year-old male patient who – without any apparent reason – jumped out of the window located at the 7<sup>th</sup> floor of the building, which resulted in severe injuries of internal organs. That shocking and inexplicable event became reason of many hospitalizations. He was hospitalized in the intensive care and rehabilitation units for months. He denied any suicidal ideation and was unable to give any reasonable justification for his jump. He was diagnosed with moderate depression and he was treated with antidepressants. Subsequently, psychotic symptoms appeared and he was hospitalized in psychiatric wards, where the diagnosis of schizophrenia was taken into account. He received antipsychotic treatment. At discharge, acute polymorphic disorder similar to schizophrenia was diagnosed. That act appears as “action against expectation” (*actio praeter expectationem*) – paragnomen – a concept announced by the Polish psychiatrist, Eugeniusz Brzezicki, in the 1950s. This case illustrates that an unfounded, unjustified by any meaningful reason and sudden event which led to several severe body injuries might be considered as a sign of the psychotic disorder development but does not have to necessarily result in the diagnosis of schizophrenia, as suggested by Eugeniusz Brzezicki, who was the author of the term ‘paragnomen’.

**Słowa klucze:** schizofrenia, zaburzenia psychotyczne

**Key words:** schizophrenia, psychotic disorders

#### **Wstęp**

Nawet najgłębsza znajomość psychopatologii nie zawsze pozwala zrozumieć i wyłuszczyć zachowania osób z zaburzeniami psychicznymi. Szczególnie dotyczy to chorych na schizofrenię, których postępowanie bywa irracjonalne, nieprzewidywalne i niekiedy zagrażające. Stąd choroba ta bywa uważana za trudną do zrozumienia; jest to, oprócz wielu innych przyczyn, także powodem stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

W praktyce klinicznej nierzadko można spotkać chorych, których zachowanie jest pozornie niewytłumaczalne, nieuzasadnione i zupełnie oderwane od realiów. Najczęs-

ciej wówczas lekarze tłumaczą takie postępowanie dziwacznością, objawami „ambi” (ambisentencji, ambiwalencji, ambitendencji), albo ogólnie przejawem rozpadu struktury osobowości. Szczególnie wobec dramatycznych okoliczności takich zachowań specjaliści starają się zwykle znaleźć jakies w miarę racjonalne wytłumaczenie działań chorego, zazwyczaj bez zadowalającego rezultatu. Pozostaje przyjąć, że niezrozumiałe zachowania pacjentów mieszczą się w obrazie psychozy. Jednak wypada przypomnieć, że swego czasu do nomenklatury psychiatrycznej wprowadzono pojęcie „paragnomen” i że jest to unikalny wkład polskiej myśli psychiatrycznej w psychopatologię schizofrenii (inna rzecz, że odosobniony). Przygotowując ten materiał, autorzy przeszukali bazę PubMed i pod hasłem „paragnomen” znaleźli zaledwie 4 pozycje piśmiennictwa, wszystkie w języku polskim.

Twórcą pojęcia „paragnomen” jest polski psychiatra, długoletni kierownik kliniki psychiatrycznej Akademii Medycznej w Krakowie, prof. Eugeniusz Brzezicki. Zajął się on tym problemem wobec istnienia „przypadków rozpoczynających się jakimś nieoczekiwanym wyskokiem psychicznym lub takim postępkiem, który zwraca uwagę otoczenia na pacjenta” [1, s. 670]. Przedstawił paragnomen jako: „myśli lub postępowanie wbrew oczekiwaniu spotykane u badanych z jeszcze zachowaną inicjatywą myślową i ogólną intrapsychiczną” [2, s. 117].

Brzezicki uważał, że w początkach schizofrenii spotyka się niewydolność psychasteniczną (brak napędu i koncentracji myślowej z osłabieniem zapamiętywania i objawami wegetatywnymi – nazewnictwo oryginalne<sup>1</sup>), natomiast „psychastenia przemienia się niekiedy w schizofrenię” [1, s. 670]. W przebiegu tej „pseudopsychastenii” spotyka się coś, co można nazwać „kolcem stenicznym, który ciągle się ujawnia, wyskakuje i zadziwia tym całe otoczenie” [1, s. 670]. Brzezicki twierdził, że takie zachowanie można różnicować jedynie z „impulsem uczuciowym” (wg Morselliego [1, s. 673]), gdzie jednak występują wyraźne cechy silnego afektu. Należy także dokonać rozróżnienia z fugą połączoną z czynem zabronionym, ale w tym przypadku dopatrzeć się można elementów zaburzenia świadomości. W przypadku czynu zakwalifikowanego jako paragnomen ani komponenta uczuciowa, ani zaburzenie świadomości nie mają miejsca. Jest to więc podstawa do wyodrębnienia tego zjawiska jako osobnego fenomenu. Brzezicki zdecydował się odróżnić paragnomen od dziwaczного zachowania chorych na schizofrenię (tzw. *schizofrenischer Einfall* wg Bleulera), ponieważ to dziwactwo ma uzasadnienie w innych objawach, takich jak ambiwalencja, urojenia, omamy.

Interesujące jest, choć w świetle obecnej wiedzy niezwykle słabo udokumentowane, przypuszczenie Brzezickiego, że paragnomen ma podłoże biologiczne, gdyż u wielu osób, których zachowanie można w ten sposób zdefiniować, występowały wcześniej lub później cechy zaburzeń endokrynych. Psychiatra posunął się dalej i sugerował, że schizofrenia (bowiem z tą chorobą wiąże się paragnomen) „widocznie także jest zaburzeniem hormonalno-wegetatywno-krazyjnym” [1, s. 677]. Usiłując wyjaśnić patogenezę paragnomenu, Brzezicki dopuszczał jednak jego dwa aspekty: metafizyczny (czyli: impuls instynktowny podświadomy) oraz patofizjologiczny. Wyjaśnienie tego drugiego aspektu jest znacznie bardziej skomplikowane, gdyż profesor odwoływał

<sup>1</sup> Wszystkie cytaty z prac Brzezickiego zachowują oryginalne nazewnictwo

się tu do powszechnego w tamtych czasach prymatu doktryny Pawłowa: mechanizm paragnomenu ma charakter stanu fazowego, a silne pobudzenie jednego wyobrażenia indukuje odwrotny efekt – jest więc fazą ultraparadoksalną, bowiem bodziec dodatni wywołuje reakcję niespodziewaną, odwrotną, spaczoną.

Trzeba zrozumieć, że w czasach, kiedy Brzezicki publikował swoje przemyślenia na temat paragnomenu, obowiązywała doktryna Pawłowa, która zupełnie nie sprawdza się obecnie, przynajmniej w odniesieniu do patogenezy schizofrenii. Dlatego należy też z rezerwą traktować te fragmenty tekstu, w których Brzezicki ubolewa, że „aparataci badającymi mechanizmy patofizjologiczne wyższych czynności nerwowych nie da się przebadać stanu, który odpowiada *actio praeter expectationem*” [1, s. 678].

Poniżej przedstawiono opis przypadku, który wydaje się wpisywać w dyskusję o tym, czym jest paragnomen i jaki jest związek tego fenomenu z innymi zaburzeniami psychicznymi.

### Opis przypadku

Pacjent lat 27, wykształcenie wyższe, kawaler, mieszka z siostrą, ma też brata bliźniaka. Obydwoje rodzice nie żyją – ojciec zmarł na zawał serca, matka na nowotwór płuca. Brat matki leczył się z powodu schizofrenii, zmarł; według relacji pacjenta również siostra, z którą mieszka, choruje psychicznie, jednak nie zna on rozpoznania jej schorzenia. Pacjent w dzieciństwie poważnie nie chorował. W czasie studiów podjął pracę jako przedstawiciel zagranicznej firmy budowlanej w Polsce. Uzyskał tytuł magistra inżyniera budownictwa.

Rok przed pierwszą hospitalizacją pacjent w niejasnych okolicznościach wyskoczył z balkonu swojego mieszkania na VII piętrze. Wypadek spowodował poważny uraz wielonarządowy, wstrząśnienie mózgu, złamanie kości kończyn dolnych. W wykonanym wówczas badaniu TK całego ciała (*trauma scan*) w obrębie głowy nie opisywano cech świeżego krwawienia ani przerwania ciągłości struktur kostnych. Około pół roku przebywał na oddziałach szpitalnych – najpierw na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (OIT), następnie na oddziale rehabilitacji. Z powodu zaburzeń pamięci, które pojawiły się po urazie, trudno uzyskać od pacjenta dokładne i w pełni wiarygodne informacje odnośnie do stanu psychicznego przed wypadkiem – jakkolwiek nie potwierdzał on obecności myśli samobójczych ani objawów sugerujących doznania psychotyczne. Do czasu wypadku pracował, dobrze wywiązywał się ze swoich obowiązków, udzielał się towarzysko. Z relacji znajomych wynika, że wcześniej nie obserwowano u niego pogorszenia nastroju czy apatii, co najwyżej nerwowość, drażliwość. Przez kilka lat przed skokiem palił marihuanę, w ilości do „kilku skrętów dziennie”. Zaprzeczał używaniu innych niż THC substancji psychoaktywnych i nadużywaniu alkoholu. W karcie wypisowej z OIT brak jest badań w kierunku obecności narkotyków lub alkoholu we krwi.

Pierwszy kontakt z lekarzem psychiatrą miał miejsce podczas hospitalizacji w OIT, zlecono wówczas escitalopram. W karcie wypisowej odnotowano, że pacjent otrzymywał risperidon do 2 mg/d – w dokumentacji brak jednak adnotacji na temat powodu podania tego leku. We wskazaniach końcowych ani risperidon, ani żaden

inny lek przeciwpsychotyczny nie został zalecony. Następnie pacjent był pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego, przyjmował sertralinę, którą ze względu na zgłaszane objawy niepożądane zmieniono na moklobemid. Przyczyn przyjmowania tego leku nie ustalono z powodu braku dostępu do dokumentacji medycznej z tego leczenia.

Trzy miesiące po wypisie z OIT, a dziewięć po wypadku pacjent poprawił przygotowaną wcześniej pracę magisterską – obronił dyplom na stopień dobry. Planował podjęcie pracy, jednak, jak relacjonował, zwiększenie ilości obowiązków powodowało napięcie. Z powodu niepokoju, nasilającej się od kilku dni bezsenności, natrętnych myśli na temat wypadku oraz myśli samobójczych wezwał pogotowie ratunkowe. Początkowo chciał wprowadzić się w podobny do sytuacji sprzed roku stan psychiczny, nieadekwatnie mówił o „kontemplacji tego zdarzenia”, przypatrywał się lewej stronie balkonu, z którego wyskoczył. Relacjonował natłok myśli, spisywał je (określał to jako „strumień świadomości”) w celu zrozumienia powodu skoku z balkonu. Został poddany hospitalizacji na psychiatrycznym oddziale całodobowym – ujawnił urojenia nasylenia myśli, miał obniżony nastrój, ale myśli samobójczych nie podtrzymywał. Podawał, że od czasu wypadku utrzymuje całkowitą abstynencję od substancji psychoaktywnych. Po pięciu dniach, uzyskawszy poprawę w zakresie nastroju i snu, poprosił o wypis – został wypisany z rozpoznaniem epizodu depresyjnego o umiarkowanym nasileniu.

Po trzech tygodniach samodzielnie zgłosił się do izby przyjęć z powodu natrętnych myśli samobójczych oraz myśli o zabiciu brata bliźniaka, które tłumaczył w sposób paralogiczny, dziwaczny: „jeśli go nie zabiję, będę obojnakiem”. Wypowiadał urojenia dotyczące integralności swoich organów, obawiał się zaniku narządów płciowych: „wypadnięcia odbytu” i „wchłonięcia penisa” – wtedy „byłby obojnakiem”. Podawał, że może się to stać z powodu homoseksualnej orientacji brata i – aby temu zapobiec – musi go zabić. Zgłaszał derealizacje, osoby w parku widział jako „inne, niż naprawdę były”. Został przyjęty na oddział całodobowy, gdzie przeprowadzono: diagnostykę psychiatryczną oraz psychologiczną, badania obrazowe OUN, konsultację neurologiczną. W badaniu TK uwidoczniło niewielkie ognisko malacji w lewym płacie skroniowym (w pozostałych strukturach mózgowia bez zmian ogniskowych). W EEG uzyskano zapis o słabo wyrażonych cechach nieprawidłowości – w lewej okolicy skroniowej, pod postacią fal theta. Neurolog zalecił powtórzenie badania EEG po upływie trzech miesięcy oraz planowe wykonanie badania RM mózgu. Wyniki badania psychologicznego świadczyły o aktualnym przeciętnym poziomie intelektualnym badanego, przypuszczalnie obniżonym w stosunku do potencjału sprzed wypadku. Opisano cechy formalnych zaburzeń myślenia; wypowiedzi nadmiernie abstrakcyjne, trudne do zrozumienia; wyjaśnianie zjawisk paralogiczne, nieosadzone w rzeczywistości (np. pytany o różnicę między nim a innymi pacjentami, odpowiadał: „nikt nie jest swoim własnym diagnostą, np. pacjent opowiada mi o słońcach – biorę to do siebie”). Podawał, że ma „złe, niebezpieczne” myśli na temat otoczenia, np.: „krzesła w stołówce są ułożone na stole do góry nogami. Dlaczego? Po prostu sanitariusz, ktoś je tak ułożył?”. W interpretacji rzeczywistości odnosił zachowania innych do siebie (ksobność); wyrażał obawę przed utratą kontroli nad sobą w sferze poznawczej i kontroli impulsów. Mimo wyjaśnienia pacjentowi wskazań do modyfikacji leczenia i potrzeby dalszej obserwacji stanu psychicznego (niejasny obraz

psychopatologiczny), ponownie poprosił o wypis – postawiono rozpoznanie ostrych zaburzeń psychotycznych podobnych do schizofrenii.

Dzień po wypisie po raz kolejny zgłosił się do izby przyjęć, skarżył się, że „boi się myśli, które są nierzeczywiste”, mówił także, że odczuwa dyskomfort, przebywając w swoim mieszkaniu. Został przyjęty na całodobowy oddział otwarty celem obserwacji w kierunku schizofrenii paranoidalnej. Był badany za pomocą SCI-PANSS (Structured Clinical Interview for Positive and Negative Symptom Scale) – ujawnił urojenia ksobne, zmiennie podawał urojenia odsłonięcia myśli. Deklarował chęć stosowania się do zaleceń lekarskich, mimo ambiwalentnego nastawienia do leczenia. Zmodyfikowano leczenie, zastosowano kwetiapinę SR, stopniowo zwiększając dawkę tego leku do 750 mg/d., obserwowano poprawę stanu psychicznego – pacjent zaprzeczał urojeniom i doznaniom omamowym, był krytyczny co do wcześniejszych objawów, pozostawał w rzeczowym kontakcie. Przesłanki nie były wystarczające, aby rozpoznać schizofrenię paranoidalną. Mężczyzna został wypisany z diagnozą ostrych wielopostaciowych zaburzeń psychotycznych z objawami schizofrenii.

### Wnioski

Opis niniejszego przypadku przedstawiono, aby zwrócić uwagę na nagłe, zaskakujące wydarzenie, które w zasadzie zapoczątkowało proces diagnostyczny i szereg hospitalizacji pacjenta. Autorzy artykułu nie rozpoznają motywacji czy uzasadnienia dla podjęcia tak poważnego kroku. Trzeba przyznać, że utrudnienie dla oceny okoliczności skoku stanowi fakt, że okres okołourazowy okryty jest u pacjenta niepamięcią, stąd część informacji pochodzi od innych osób (głównie rodziny, bliskich). Niemniej wiadomo, że pacjent przed urazem nie korzystał z pomocy psychologicznej ani lekarskiej, w tym psychiatrycznej. Podejrzenia może budzić używanie THC lub innych środków psychoaktywnych, których wpływ mógłby prowadzić do podjęcia działania zagrażającego życiu lub rozwinięcia się objawów psychotycznych, jednak nie ma wystarczających przesłanek, by potwierdzić taką możliwość. Należy również odnieść się do zmian organicznych w mózgu po urazie jako ewentualnego podłoża procesu psychotycznego – opisywane niewielkie ognisko malacyjne w lewym płacie skroniowym, słabo wyrażone cechy nieprawidłowości w EEG nie są wystarczające dla wy tłumaczenia przyczyny objawów.

W swoich publikacjach Brzezicki opisuje przejmujące, nieraz dramatyczne zachowania ilustrujące paragnomen:

- niczym niesprokowane wybicie kopniakiem szyby wystawowej przez 15-latkę,
- nagłe zerwanie długiej przyjaźni przez 24-letnią kobietę, która ponadto podbiegła do przyjaciółki, uderzyła ją w twarz bez słowa i odeszła z uśmiechem na ustach,
- próbę wyrzucenia przez okno 7-letniej siostry przez 22-letniego studenta, który zawołał z okna przechodzącego ulicą kolegę, a kolega na to wołanie nie zareagował,

- skok do studni 20-letniej ciężarnej żony rolnika, która postanowiła nabrać wody rękami zamiast wyciągnąć wiadro kołowrotkiem.

Mimo wyszczególnienia przykładów dramatycznych sytuacji (zapewne dla uzasadnienia odrębności tego fenomenu), sam Brzezicki zauważa, że zwykle paragnomen to stosunkowo banalne działanie, jak np. ucieczki z domu, sprzeczkki, zachowania gwałtowne i agresywne, drażliwość, ale „zawsze nie związane adekwatnie z uczuciem” [2, s. 675]. Należy dodać, że Brzezicki wyraźnie wiąże zjawisko paragnomenu ze schizofrenią. Dowodzą tego jego wczesne publikacje [3, 1].

Odmiennego zdania wydają się być natomiast Biela i Sklepińska, którzy przed dwudziestu laty opublikowali przypadek nagłego, nieuzasadnionego okolicznościami zachowania młodego człowieka, które nazwali paragnomenem [4]. Pacjent ten nieoczekiwanie zaatakował w lesie swoją koleżankę: bił, dusił, kopał. Zostawił ją tam z licznymi obrażeniami, po czym poszedł do domu, zjadł kolację i położył się spać. Zaprzeczał, jakoby napad miał podłoże seksualne, jakkolwiek przyznał, że dziewczyna podobała mu się. Autorzy ci nie stwierdzili u badanego choroby psychicznej ani upośledzenia umysłowego, rozpoznali natomiast osobowość niedojrzałą z cechami schizoidalnymi. Uznali, że istotą zachowania pacjenta była „transformacja niezupełnie uświadomianych odczuć erotycznych przez niedojrzałą i schizoidalną osobowość w akcie nieopanowanej agresji” [4, s. 359]. Ponieważ pacjent ten był na obserwacji sądowo-psychiatrycznej, biegli orzekli nieznaczne ograniczenie zdolności rozumienia znaczenia czynu przy znacznie ograniczonej zdolności kierowania swoim postępowaniem. Orzekli ponadto, że nie stanowi on poważnego zagrożenia dla porządku społecznego pod warunkiem pozostawania pod opieką psychiatryczną i psychologiczną.

Biorąc pod uwagę opinię twórcy pojęcia paragnomen, opisywany przypadek niezupełnie do tej definicji przystaje, gdyż nie ma bezpośredniego związku ze schizofrenią. Jednakże Biela i Sklepińska rozpoznali u swego pacjenta osobowość schizoidalną, której cechy można zaliczyć do spektrum objawów schizofrenii.

Według Wciórki [5] znaczenie kliniczne paragnomenu to głównie rola wskaźnika uznawanego za pierwszy objaw rozpoczynającej się psychozy. Można je uważać za zachowanie urojeniowe, jeżeli zyskuje potem urojeniową interpretację. Autor nie mówi więc wprost o związku paragnomenu ze schizofrenią. Jarema [6] umieszcza natomiast paragnomen w leksykonie schizofrenii, jakkolwiek nie pisze wprost o związku tego fenomenu ze wspomnianą chorobą. Podkreśla natomiast, że skoro paragnomen to zachowanie nagłe, niezrozumiałe, niewynikające z jakichkolwiek logicznych okoliczności i zagrażające, to może być powszechnie uznane za przejaw „choroby psychicznej” [6, s. 93].

U opisywanego w niniejszym artykule pacjenta ostatecznie nie postawiono diagnozy schizofrenii. Nawet niespełnienie przez chorego wszystkich kryteriów schizofrenii nie wyklucza, zdaniem autorów, możliwości rozpoznania zachowania pacjenta, które zainicjowało cały ciąg zaburzeń psychicznych, jako paragnomenu. Mając na uwadze końcową diagnozę pacjenta – inną niż schizofrenia, poddajemy pod dyskusję pytanie, czy takie zjawisko jak paragnomen jednoznacznie determinuje rozpoznanie tej choroby.

### Piśmiennictwo

1. Brzezicki E. *Faza ultra paradoksalna w postaci paragnomen jako początkowe stadium schizofrenii*. Neurol. Neurochir. Psych. Pol. 1956; 6: 669–680.
2. Brzezicki E. *O paragnomenie w schizofrenii i niektórych formach myślenia patologicznego*. Roczn. Psychiatr. 1950; 38: 116–117.
3. Brzezicki E. *Pierwsze sygnały niektórych zaburzeń psychicznych w okresie pokwitania*. Przegl. Lek. 1954; 10: 1–22.
4. Biela J, Sklepińska E. *Paragnomen u 18-letniego podsądnego z rozpoznaniem osobowości niedojrzałej z cechami schizoidalnymi – opis przypadku*. Psych. Pol. 1997; 3: 357–362.
5. Wciórka J. *Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych*. W: Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J red. *Psychiatria*, t. 1. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012. s. 351.
6. Jarema M. *Leksykon schizofrenii*. Poznań: Termedia; 2010. s. 93.

Adres: Joanna Wilemborek  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
III Klinika Psychiatryczna  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9  
e-mail: jwilemborek@ipin.edu.pl

Otrzymano: 2.08.2018  
Zrecenzowano: 22.09.2018  
Otrzymano po poprawie: 29.10.2018  
Przyjęto do druku: 31.05.2019