



Monomania – zagadnienia kliniczne i społeczno-prawne

Monomania – the clinical and socio-legal issues

RYSZARD KUJAWSKI

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Świecie

STRESZCZENIE

Cel: Celem artykułu było przedstawienie zagadnienia monomanii w kontekście klinicznym oraz społeczno-prawnym, ze zwróceniem uwagi na polską literaturę przedmiotu.

Poglądy: Monomania była terminem diagnostycznym, szczególnie popularnym we Francji w XIX wieku, pojawiającym się w pierwszych klinicznych podziałach chorób psychicznych. Koncepcja monomanii z jednej strony dała podstawę do wyodrębnienia depresji i manii w ich współczesnym rozumieniu, a z drugiej przyczyniła się do rozwoju wiedzy o zaburzeniach urojeniowych, a także lękowych i osobowości. Monomania miała również kontekst społeczny oraz prawny, inicjując dyskusję na temat zmniejszonej poczytalności. Polska literatura psychiatryczna drugiej połowy XIX wieku dość obszernie traktowała o monomanii, śledząc jej rozwój oraz zmiany zakresu pojęciowego, który definiowała. W pierwszej połowie XX wieku monomania w polskiej literaturze psychiatrycznej pojawiała się głównie w kontekście rozważań o poczytalności zmniejszonej, a polscy lekarze psychiatrzy brali udział w tworzeniu prawodawstwa dotyczącego poczytalności zmniejszonej. Przepisy o znacznie ograniczonej poczytalności uchwalono w Polsce w 1932 roku.

ABSTRACT

Objective. The purpose of this article is to present the issues related to monomania in the clinical and socio-legal context, with a focus on Polish literature.

Views. Monomania was a diagnostic term, especially popular in France in the nineteenth century, which appeared in the first clinical classifications of mental illness. On the one hand, the concept of monomania, gave rise to the isolation of depression and mania in the modern sense, and on the other, it contributed to the development of knowledge about delusional, anxiety and personality disorders. Apart from its clinical significance, monomania occurred in a broader social and legal context, initiating a discussion on diminished responsibility. Monomania was also broadly discussed in the Polish psychiatric literature of the second half of the nineteenth century, which followed its development and defined its conceptual changes. In the first half of the twentieth century monomania appeared in Polish psychiatric literature mostly in the context of the discussion about diminished responsibility. Polish psychiatrists participated in the creation of legislation concerning diminished responsibility, which was adopted in Poland in 1932.

Słowa kluczowe: psychiatria / monomania / poczytalność

Key words: psychiatry / monomania / responsibility

MONOMANIA W KLINICE PSYCHIATRYCZNEJ

Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772–1840) po raz pierwszy użył terminu „monomania” około 1810 roku – „Minęło ponad piętnaście lat, odkąd zaproponowałem dla obłądu częściowego nazwę monomanii” (1827) [1, s. 153]. Esquirol, w miejsce manii bez obłądu (*manie sans délire*) Philippe Pinela (1745–1826), zaproponował monomanię, w której obrazie chorobowym

idea nadwartościowa (*fixed idea*) dominowała nad rozumem chorego [2, s. 127]. Esquirol wskazywał w *De la folie* (1816), że „namiętności obłąkanych są porywcze przede wszystkim w manii i monomanii a smutne w lipemaniu, w demencji i głupocie” [1, s. 158–159]. W drugim tomie *Des maladies Mentales* (1838) podzielił monomanię na monomanię afektywną (częściowe upośledzenie uczuć), instynktowną (częściowe upośledzenie woli) i intelektualną (częściowe upośledzenie inteligencji) [2, s. 128]. Esquirol nie był

pierwszym, który wydzielił postaci obłądu częściowego: Benjamin Rush (1745–1813) wyróżnił (1809) *tristemanie* oraz *amenomanie* [2, s. 137]. Monomania instynktowna mogła być traktowana jako wczesny opis zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych [3, s. 239–240].

W eseju *De la lypémanie ou Melancholie* (1820) Esquirol wprowadził termin „lipemania” jako faktyczny synonim melancholii. Uważał lipemanię jako afektywną lub emocjonalną formę melancholii. Wzgardził terminem „melancholia”, związanym ze skompromitowaną teorią humorálną, dotyczącą „żółci”. Lipemania była pierwszym terminem, który ukazywał depresję melancholiczną bardziej jako zaburzenie nastroju niż formę „szaleństwa” [3, s. 79].

Do roku 1820 monomania lub melancholia były jeszcze uznawane przez Esquirola jako ten sam rodzaj choroby [2, s. 137]. Monomania intelektualna (*monomanie raisonnante*), stanowiła jeden z przełomowych momentów we współczesnej koncepcji zaburzeń urojeniowych. Esquirol pisał o pacjentach z monomanią, że nie zdawali się być obłąkanymi, a ich rozumowanie było logiczne, mowa spójna, często żywa i pełna ducha. Jednak działania tych pacjentów były sprzeczne z ich emocjami, własnym interesem i obyczajowością. „Choć ich działania mogą być nieracjonalne, to zawsze mają mniej lub bardziej wiarygodne argumenty uzasadniające, w taki sposób, że można by powiedzieć o nich, że są racjonalnymi szaleńcami (*des fous raisonnables*)” [3, s. 206]. Esquirol traktował monomanię jako typ pośredni między manią a lipemanią, dzielący z lipemanią stałość i koncentrację na ideach a z manią – wywyższanie idei oraz aktywność fizyczną i psychiczną. Monomania i lipemania różniły się przeciwnym przebiegiem klinicznym (przebieg monomanii ostrzejszy, krótszy, z zakończeniem bez komplikacji) oraz przyczynami (lipemania wiązała się z nieprawidłowościami w obrębie brzucha, a monomania – mózgu) [2, s. 128].

Według Esquirola lipemania i monomania były ograniczonymi wersjami manii, częściowymi obłądaniami, w których rozumienie było w niektórych aspektach zaburzone, a w innych – zdrowe i dobrze zorganizowane [1, s. 157]. Monomania stanowiła najczęstszą diagnozę wśród pacjentów przyjętych do Charenton w latach 1826–1829, kiedy statystyki prowadził Esquirol, osiągając dla populacji więźniów liczbę 45%. Wśród przyjętych do zakładu w Montpellier w latach 1826–1829 u 23% pacjentów diagnozowano monomanię. W latach 1841–1842 wśród przyjętych do Salpêtrière i Bicêtre monomanię rozpoznawano u 7–13% a rozpoznanie to było naprzemiennie pierwszym bądź drugim pod względem częstości,

razem z porażeniem ogólnym. Kilka dekad później, po wejściu schematów nozologicznych, obserwowano zanikanie rozpoznań monomanii. Goldstein, analizując rejestry przyjęć w Salpêtrière, stwierdził, że nowo diagnozowani jako monomania zaczęli znikać po 1870 roku [1, s. 154–155].

Zjawisko to wiązało się z krytycznymi poglądami na temat monomanii, m.in. Jean-Pierre Falreta (1794–1870), który w pracy z 1854 roku pt. *La non existence des monomanies* (O nieistnieniu monomanii) pisał, że „lekarze zbyt często traktują swój przedmiot jak beletrystykę”, wskazując, że rozwój psychiatrii wymagał wielośrodkowych badania dużych grup pacjentów, do czego nie wystarczała już intuicja autora [4]. Falret, który w 1854 roku opisał *folie circulare*, był przedstawicielem nowego pokolenia psychiatrii. W odróżnieniu od alienistów, takich jak Phillipe Pinel i Esquirol, traktował psychiatrię w ujęciu klinicznym, zbliżonym do chorób wewnętrznych, z pluralistyczną koncepcją powstawania chorób psychicznych [2, s. 135].

Według Michela Foucaulta (1926–1984), przyczyną zaniku popularności monomanii od lat siedemdziesiątych XIX wieku, była rosnące znaczenie koncepcji degeneracji, traktującej skomplikowaną ewolucję choroby psychicznej oraz obecność określonych objawów na poszczególnym etapie jej rozwoju, nie tylko w kontekście pojedynczej osoby, lecz przede wszystkim pokoleń [5]. Koncepcja ta została sformułowana przez francuskiego psychiatrę Benedicta Augustina Morela (1809–1873), w *Traité des Degenerescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'espece Humaine* (1857, Traktat o zwyrodnieniu fizycznym, intelektualnym i moralnym gatunku ludzkiego).

KONTEKST SPOŁECZNO-KULTUROWY MONOMANII

Esquirol, w pracy *Monomania* (1819) uważał, że wszystko, co odnosiło się do monomanii, było uwikłane w literaturze. Zainteresowanie Esquirola monomanią niedługo pozostawało jedynie nozologicznym, ograniczonym do identyfikacji jednostki klinicznej. Esquirol, pogrążony w tradycji intelektualnej Jean-Jacques Rousseau (1712–1778), postrzegał chorobę jako wskaźnik postępu cywilizacji. Esquirol starał się podkreślić rolę nowego zawodu, „lekarza szalonych”, polegającą na integracji eksperta z aparatem państwa. W trakcie corocznego inauguracyjnego wykładu klinicznego w Salpêtrière (1822) mówił do studentów:

„Ten, kto jest wezwany do sprawowania opieki nad obłąkanymi, ma więcej niż jedną funkcję do spełnienia (...) Choroba umysłowa łączy lekarza w pewien sposób z administracją publiczną. Lekarz wyjaśnia rządowi «skłonności umysłów», znajomość przyczyn i charakteru panującego szaleństwa, dostarcza elementy moralnej statystyki ludności”.

Esquirol podkreślał osobliwość monomanii jako wartości dla kultury oraz jej zmian. „Monomania jest spośród wszystkich chorób jedyną, której analiza dostarcza najszerszych i najbardziej pogłębionych tematów do przemyśleń”. Według Esquirola, stwierdzenie, iż szaleństwo jest chorobą cywilizacji byłoby jeszcze bardziej właściwe, gdyby słowo „szaleństwo” zastąpić „monomanią”. Monomania zmieniała się jakościowo i ilościowo w czasie, zapożyczając pomysłów z dominujących treści epoki.

„Postać Don Kichota, która królowała w prawie całej Europie w okresie po wyprawach krzyżowych, daje doskonały opis monomanii: mieszaninę miłośnej ekstrawagancji i szarmanckiej odwagi, które u pewnych osób stanowi prawdziwe szaleństwo”.

Esquirol sądził, że rewolucyjne obalenie tradycyjnych struktur porządku i władzy, z pojawieniem się nowych przywódców, doprowadzi do rosnącej różnorodności monomanii, w której jednostki będą uważały się za cesarzy lub królów [1, s. 158–159].

KONTEKST SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNY MONOMANII

Główne dziedzictwo monomanii pozostało w psychiatrii sądowej. Kwestia istnienia monomanii podzieliła psychiatrów francuskich na dwa obozy. Obóz pierwszy (Esquirol, Pinel) utrzymywał, że ograniczenie obłądki (monomania) dopewnej tylko sfery życia duchowego jest najzupełniej możliwe, co doprowadziło do uznania poczytalności częściowej (*la responsabilité partielle*). Przeciwnicy tej tezy (Falret) bronili jedności sił duchowych człowieka, wykluczając możliwość psychozy cząstkowej [6, s. 38–39]. Monomania była podporą w staraniach Esquirola i Étienne-Jean Georgeta (1795–1828), aby wzmocnić w sądach publiczne uznanie dla psychiatrii. W opisie „monomanii zabójstwa” Esquirol nalegał, aby obłąkany przestępca był traktowany tak, jakby miał chorobę mózgu. W latach dwudziestych XIX wieku, Georget zaproponował aby „zabójstwo monomaniakalne” klasyfikować nie jak przestępstwo, lecz jak chorobę. Po raz pierwszy termin ten pojawił się w praktyce sądowej w Stanach Zjednoczonych (1845) [7].

Henri Legrand du Saulle (1830–1886) na posiedzeniu *Société Médico-Psychologique* (1861) referował pojęcie poczytalności zmniejszonej oraz proponował sposób reakcji społecznej przeciwko osobom popełniającym czyn w tym stanie. Sugerował, oprócz skrócenia wyroku, łączenie kary i leczenia sprawcy w więzieniu-schronisku (*asile-prison*) [6, s. 39]. Propozycja du Saulle’a stworzyła podstawę tzw. systemu francuskiego dla przestępców z poczytalnością zmniejszoną. Tzw. system niemiecki rozgraniczał karę, leczenie i inne środki zapobiegawcze. Na przełomie lat 1904 i 1905 w *La Société générale des prisons* (Towarzystwo Powszechne Więzień) odbyły się cztery posiedzenia związane z referatem adwokata Leredu pt. *Traktowanie przestępców o poczytalności ograniczonej*, w wyniku których odrzucono model niemiecki [6, s. 40–42].

Pojęcie monomanii przyczyniło się do pogłębienia dyskusji nad poczytalnością zmniejszoną. Problematyka ta pojawiła się w poważnych pracach jeszcze w XVII wieku. Edward Coke (1552–1634) w *Institutes of the Laws of England* (1628–1644) wyróżnił cztery grupy osób z zaburzeniami psychicznymi (*non compos mentis*). Zaliczał do nich osoby przewlekłe chore psychicznie od urodzenia; osoby, które z powodu choroby, bólu lub wypadku traciły pamięć i rozumienie; osoby, mające okresy rozumienia i okresy jego braku oraz osoby, które z własnej inicjatywy pozbawiały się pamięci i rozumienia. Wskazywał na niejednakową odpowiedzialność tych osób [8]. Matthew Hale (1609–1676) wprowadził pojęcie częściowej niepoczytalności, uznając, że tylko dokonanie czynu w stanie całkowitego braku możliwości racjonalnego myślenia jest okolicznością uwalniającą od odpowiedzialności [9, s. 304].

MONOMANIA I OGRANICZONA POCZYTALNOŚĆ W POLSKIEJ PRASIE I LITERATURZE NAUKOWEJ

W 1843 roku „Gazeta Warszawska” relacjonowała dyskusję o poczytalności, toczoną w angielskim parlamencie w marcu tego roku po procesie Mac Naughtena, oskarżonego o zabójstwo z pobudek politycznych. Lord Brougham zwracał uwagę na stan prawa, dotyczącego przestępstw osób cierpiących na częściowe obłąkanie. Lord Campbell, były generalny prokurator, uważał za nieporozumienie, aby osoby cierpiące na częściowe obłąkanie traktować jako zupełnie wolne od odpowiedzialności. Jeśli nie dowiedziono, że w chwili popełnienia

czynu oskarżony cierpiał na obłąkanie albo że obłąkanie mogło być uważane za bezpośrednią przyczynę czynu, to nie można było orzec bezkarności. Lord Brougham pod częściowym obłąkaniem rozumiał monomanię, czyli „obłąkanie, które ustaje i znowu powraca, ale pod którego wpływem umysł ciągle pozostaje, i że tego wyrażenia użył, aby odróżnić ten stan od zupełnej utraty rozumu” [10].

Monomania pojawiła się po raz pierwszy w polskiej literaturze naukowej w książce Andrzeja Janikowskiego (1799–1864) *Zasady dochodzeń sądowo-lekarskich co do wątpliwego stanu zdrowia* (1845), gdzie autor, wśród chorób umysłowych, wydzielił manię (ogólne obłąkanie umysłu), monomanię (częściowe obłąkanie umysłu) oraz niedołężność umysłu [11, s. 85]. Diagnostowanie monomanii stanowiło postęp w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. Wcześniej, jeśli oskarżony nie odpowiadał niedorzecznie na pytania ani nie ujawniał objawów manii albo niedołężności umysłu, nie wątpiono o jego wolnej woli przy popełnianiu czynu. Janikowski definiował monomanię jako stan, w którym:

„jedno albo kilka błędnych wyobrażeń, stale umysł zajmujących, są podstawą obłąkania, przy zdrowym sądzie o rzeczach z wyobrażeniami tymi związku nie mających” (monomania z błędnym rozumowaniem, *monomania raisonnante*)”

oraz jako chorobliwy stan uczucia,

„wolną wolę znoszący przy nienadwerżonej władzy poznawania” (monomania instynktowa, *monomania instinctive*)”.

W monomanii z błędnym rozumowaniem chory popełniał czyny, do których skłaniało go błędne wyobrażenie. Czyny poprzedzał pewien rodzaj rozumowania, lecz choć były one szkodliwe i bezprawne, chory za takie ich nie uznawał. W monomanii instynktowej czynów nie poprzedzało rozumowanie, gdyż były „instynktowe i automatyczne”. Janikowski pisał o relacjach rozumu i uczucia w manii instynktowej: „władza poznawania” w obliczu „namiętności aż do obłąkania doprowadzonej (...) oburza się nieraz na czyn, do którego instynkt chorobliwy wiedzie a jednak częstokroć nie zdoła mu się oprzeć, musi nawet niejako iść w pomoc i dostarczać środków do osiągnięcia celu przewrotnego”. Monomanię instynktową dzielono na wesołą i smutną. Monomania smutna występowała częściej:

„chory jest pod wpływem wyobrażeń błędnych, ponurych i gnębiących (...) mniema on bezzasadnie, że jest dotknięty chorobą jaką nieuleczalną, że go ludzie prześladowają, że popełnił zbrodnię (...) że go owładnęły duchy piekielne lub czary, że go nie-

nawidzi i pogardza nim świat cały; zdaje mu się, że widzi rozmaite strachy, że słyszy głosy lżące go albo dające mu złe rady (...) to wszystko skłania go nieraz do usiłowania, aby sobie życie odebrać”.

Ten rodzaj monomanii przyjął później inne nazwy: melancholia, zaduma, tristimania (Rush), *melancholie avec delire* (Pinel); *lypemanie* (Esquirol). Janikowski wyróżniał różne rodzaje monomanii z błędnym rozumowaniem: religijną (demonomanię), miłosną (erotomania), popędu płciowego (aidoiomanię), zabójstwa, samobójstwa, kradzieży (kleptomania), podpalania (piromania). Z uwagi na mechanizm powstawania objawów wyróżniano monomanię z naśladowania czyli zaraźliwą (*monomania per imitationem, v. contagiosa*) [11, s. 89–93].

Rokowanie w monomanii uznawano za mniej pomyślne niż w manii. Monomania dziedziczna rokowała gorzej od pochodzącej z przyczyn fizycznych. Monomania, będąca skutkiem gwałtownego wzruszenia, rokowała lepiej od monomanii, wynikającej z namiętności działających od dawna. Monomania smutna była trudniejsza do wyleczenia niż wesoła. Monomania, w której chory ukrywał błędne wyobrażenia, rokowała gorzej niż monomania jawna. Lepiej rokowały monomanie nagle wybuchające niż powstające powoli. Za prawie nieuleczoną uznawano monomanię periodyczną. Za przejawy dobrego rokowania w monomanii uznawano: (a) więcej wyobrażeń błędnych niż jedno; (b) ostrożność w postępowaniu z obawy przed ośmieszeniem; (c) mniejszą uporczywość w obstawaniu przy zdaniu, dopuszczanie błędu w myśleniu [11, s. 111–112].

O symulacji monomanii świadczyły: (a) wygłaszanie błędnych wyobrażeń, zamiast ich tajenie, (b) częste zmiany błędnego wyobrażenia, zamiast trzymanie się jednego; (c) postępowanie jak w przypadku człowieka zdrowego na umyśle w przypadku niespodziewanego najścia; (d) niemożność naśladowania objawów zewnętrznych: wystawiania kości jarzmowych, szerokiej zuchwy, zapadłych gałek ocznych, niepewnego „tu i ówdzie zwracającego się” wzroku i krótkości oraz grubości karku [11, s. 123].

W 1862 roku Nikodem Poznański w „Tygodniku Lekarskim” miał wątpliwości co do istnienia monomanii: „Czy brak zdolności prostowania fałszywych idei ograniczać się może na jednej tylko, czy monomania w ścisłym znaczeniu wyrazu egzystuje? Jest to kwestia jeszcze nierozstrzygnięta między psychiatrami. Do wydania stanowczej w tym względzie opinii potrzeba jeszcze dalszych badań” [12].

Andrzej Janikowski w *Patologii i terapii chorób umysłowych* (1864) zmienił zapytania odnośnie pozycji klasyfikacyjnej monomanii. Wyodrębnił trzy

grupy chorób umysłowych (melancholia, mania oraz zniedołężnienie umysłu) a monomania została zniesiona jako odrębna kategoria diagnostyczna i rozdzielona do kategorii „melancholia z obłędem częściowym” oraz „mania z obłędem częściowym” [13, s. 41].

Tabela 1. Klasyfikacje chorób umysłowych wg A. Janikowskiego (1845, 1864)

Table 1. Classification of mental disorders by A. Janikowski (1845, 1864)

1845 rok	1864 rok
I. Mania (ogólne obłąkanie umysłu)	I. Melancholia Melancholia z obłędem częściowym
II. Monomania (częściowe obłąkanie umysłu)	II. Mania Mania z obłędem częściowym
III. Niedotęźność umysłu	III. Zniedołężnienie umysłu

Źródło: Janikowski A. *Zasady dochodzeń sądowo-lekarskich co do wątpliwego stanu zdrowia*. Warszawa: Drukarnia Stanisława Strąbskiego; 1845. s. 85; Janikowski A. *Patologia i terapia chorób umysłowych*. Warszawa: Skład Główny w Księgarni Rudolfa Friedleina; 1864. s. 41.

Monomanię instynktową nazywał *impulsion insolite, moral insanity* „bo w niej uczucie człowieka moralne przeistacza się w nienaturalne skłonności”. Phillipe Pinel dostrzegł wielu chorych umysłowo którzy „bez najmniejszego nadwyrężenia pojęcia, wyobraźni, pamięci, rozumu i rozsądku” okazywali ciągle lub napadami „przewrotność w objawach woli, ulegali ślepemu popędowi do czynów gwałtownych” [13, s. 30]. W ocenie Janikowskiego, rzadko zdarzała się czysta monomania instynktowa; najczęściej towarzyszyła melancholii, zwłaszcza w jej początku i końcu, niekiedy stanowiła powikłanie hysterii, katepsji bądź epilepsji. Drugi typ monomanii, uwarunkowanej błędnym rozumowaniem, przybierał nazwy: *monomanie raisonnante, fixe Idee, manie systematisée* (Morel). Stan ten obserwowano na początku rozwijającej się choroby umysłowej albo jako resztkę po jej ustąpieniu [13, s. 32].

Romulad Płaskowski (1821–1889) w podręczniku psychiatrii (1868) traktował obłęd częściowy (*Idea fixa, Mania partialis vel Monomania, partieller Wahnsinn*) jako pierwotnie występujący w wąskim zakresie, rozszerzający się z biegiem czasu na coraz więcej przedmiotów i okoliczności, prowadząc do manii ogólnej lub pomieszania umysłu lub obłąkania a w końcu do otępienia umysłu i zniedołężnienia [14, s. 35]. Płaskowski w klasyfikacji z 1868 roku dzielił choroby umysłowe na cztery duże grupy: formy pierwotne, wtórne, krańcowe i stałe. Do form pierwotnych zaliczał postaci chorób uleczalne, które mogły przejść w formę wtór-

ną, gdy formy pierwotne „w miarę osłabionej energii traciły swój charakter”. Rozstrojenie uczuć, pomieszanie wyobrażeń, brak związku w wypowiedziach, przy osłabieniu pamięci i upośledzonej zdolności porządkowania myśli prowadziło do częściowego a następnie całkowitego pomieszania umysłu. W grupie form końcowych umieszczał otępienie umysłu, niedotęźstwo i zupełne zniedołężnienie a form stałych („przyrodzonych wad”) – idiotyzm, matołectwo i karłactwo. Monomania została rozdzielona przez Płaskowskiego do dwóch form pierwotnych: mania częściowa (*Mania partialis, monomania, mania singularis, monomanie intellectuelle, raisonnante*), mania częściowa w połączeniu ze zboczeniem uczucia woli (*Mania partialis sine delirio, monomanie affective, monomanie instinctive, moral insanity*) oraz jednej formy wtórnej: melancholia z obłędem stałym lub częściowym (*Melancholia cum idea fixa, vel maniacalis*) [14, s. 50–65].

Adolf Rothe (1832–1903) w „Gazecie Lekarskiej” w latach 1868–1882 opublikował dwanaście sprawozdań z działalności warszawskich zakładów dla obłąkanych (oddział męski w Szpitalu im. Św. Jana Bożego oraz oddział dla kobiet w Szpitalu Dzieciątka Jezus) wraz z klasyfikacją chorób umysłowych, która obejmowała monomanię. W sprawozdaniu za rok 1867 wymienił:

Histeriasis, Delirium maniacale et melancholica, Melancholia, Mania generalis, Mania partialis (Monomania), Paranoia (*Wahnsin Verrucktheit*), Dementia, Dementia cum paralysis, Dementia cum paralysis progressive, Idiotismus, Epilepsia cum paranoia, Epilepsia Simplex, Observatio, Choroby zapalne i inne ośrodków nerwowych, Morsura.

Wśród tych chorób Rothe rozróżniał (1) formy pierwotne (stany z podnieceniem i przygnębieniem czynności umysłowych), (2) formy wtórne, czyli okresu przechodniego, (3) formy trzeciorzędne, czyli krańcowe (z zupełnym otępieniem czynności umysłowych), (4) formy mieszane (z drgawkami i bezwładem) i (5) cierpienia umysłowe wrodzone [15].

Klasyfikację nozograficzną z 1879 roku Adolf Rothe oparł na obrazach klinicznych zaburzeń psychicznych. Pierwszą grupę stanowiły choroby z przygnębieniem: śledziennictwo oraz różne postaci zadumy (obłęd melancholiczny krótkotrwały, zaduma religijna, bierna i czynna), a drugą z podnieceniem: szaleństwo gwałtowne (szaleństwo niezupełnie rozwinięte, przelotne, okresowe, obłęd przemienny) oraz obłąkanie ogólne. Do trzeciej grupy należały choroby z osłabieniem czyli otępieniem: obłąkanie częściowe (obłęd prześladowczy i pieniacki) oraz pomieszanie ogólne, otępienie oraz idiotyzm i karłactwo. Czwarta grupa obejmowała choroby umysłowe powikłane in-

nymi cierpieniami nerwowymi (z porażeniem czyli bezwładem ogólnym postępowym, z padaczką, z macinictwem) [16, s.75–76]. Obłąkanie częściowe (monomania) powstawało z jednej z form pierwszych dwóch grup, „po ustaniu pierwotnych, chorobowych objawów i wzruszeń, z pozostawieniem pewnych błędnych, lecz ustalonych wyobrażeń, na tle których chory, nieustannie powtarzając się, bredzi”. Rothe przestrzegał przed sądzeniem, że „tylko jedna błędna idea lub popęd chorą zawładnął i że on pod każdym innym względem zupełnie zdrowo i rozsądnie czuje, przedstawia swoje myśli i idee i działa przytomnie”, gdyż w przypadku monomanii „władze umysłowe ogólne ulegają rozstrojowi” [16, s. 116–120].

Klasyfikacja Rothe'go z 1885 roku zawierała dwie duże grupy chorób. W grupie nerwic umysłowych, psychoneuroz (powstałych przy normalnie rozwiniętym mózgu), stanach pierwotnie uleczalnych, uwzględniono formy: pierwotne, wtórne, krańcowe. W drugiej grupie chorób (powstałych wskutek upośledzonego rozwoju mózgowia) Rothe wyróżnił: obłąkanie ogólne pierwotne, ogólne uczuciowe, moralne, padaczkowe, histeryczne, hipochondryczne, periodyczne, naprzemienne oraz idiotyzm i krety-

nizm [17, s. 159–160]. Monomania uzyskała w klasyfikacji umiejscowienie w grupie psychoneuroz, jako jedna z form wtórnych. Rothe pisał o monomanii, że upośledzenie czynności umysłowych nie zawsze było zupełne a niektórzy chorzy, poza obrębem wyobrażeń urojonych, „przedstawiali się pozornie niby zdrowymi, zachowując jeszcze tyle sprytu, że wiedząc, iż te wyobrażenia dla innych osób są rażąciami (...) starają się je ukryć”. Pacjenci z monomanią mogli oszukać nawet osoby doświadczone, jeżeli „te nie poświęcą dłuższego czasu na (...) głębsze zbadanie chorego” [17, s. 123–124].

Alfons Erlicki (1846–1902) w *Wykładach klinicznych o chorobach umysłowych* (1897) ujmował monomanię jako stan późniejszego okresu obłąkania pierwotnego, cechujący się zawężeniem zakresu urojeń, zniknięciem omamów i brakiem innych zaburzeń w sferze intelektualnej. Często pozostawała jedna nedorzeczna idea, która według mianownictwa starej szkoły psychiatrycznej, Erlicki nazywał „ideą «fixe»”. Do monomanii zaliczał też rzadkie, przypadki obłąkania pierwotnego, w których od początku urojenia nie były rozbudowane, „zawierały się w wąskich granicach” i w tej formie pozostawały. Erlicki nie zgadzał

Tabela 2. Zestawienie klasyfikacji R. Płaskowskiego (1884) i A. Rothe'go (1885)

Table 2. Presentation of the classifications by R. Płaskowski (1884) and A. Rothe (1885)

Płaskowski (1884) (klasyfikacja symptomatyczno-psychologiczna)	A. Rothe (1885) (klasyfikacja nozologiczno-anatomiczna)
I. Formy pierwotne obłąkania czyli Okresu wstępnego	A. Choroby powstałe przy normalnie rozwiniętym mózgu (nerwice umysłowe, psychoneurozy, stany pierwotnie uleczalne):
A. Obłąd krótkotrwały	I. Formy pierwotne
B. Obłąkanie szybko przebiegające	II. Formy wtórne
C. Formy przeciągłe chroniczne	1. Obłąkanie częściowe, monomania, obłąkanie jednoprzeciwotowe
a) Zboczenie w sferze uczucia	2. Obłąkanie ogólne przewlekłe a) z ideami prześladowania; b) z ideami wielkości
b) Zboczenia we władzy poznawania i sądzenia	III. Formy krańcowe
1. Szaleństwo gwałtowne, przeciągłe	B. Choroby powstałe wskutek upośledzonego rozwoju mózgowia
2. Mania ogólna stała, przewlekła, spokojna, pyszałkowata	1. Obłąkanie ogólne pierwotne
3. Mania, okresowa, periodyczna	2. Obłąkanie ogólne uczuciowe
4. Mania przemienna, cykliczna	3. Obłąkanie ze zboczeniem woli, obłąkanie moralne
5. Mania częściowa, jednoblęd	4. Obłąkanie padaczkowe
6. Mania popędowa, instynktowa	5. Obłąkanie histeryczne, czyli macieniczne
II. Formy następne, czyli wtórne w Okresie przychodowym	6. Obłąkanie hipochondryczne, sledziennictwo,
A. Mieszane, czyli z powikłaniami	7. Obłąkanie peryjodyczne
a) Melancholia z obłądkiem stałym lub częściowym	8. Obłąkanie naprzemienne
b) Melancholia hipochondryczna albo histeryczna	9. Idiotyzm
c) Obłąkanie z przywidzeniami	10. Kretyzizm
d) Pomieszanie umysłu następce po melancholii lub manii	
B. W połączeniu z drgawkami lub paraliżem	
III. Formy końcowe, ostateczne, czyli okresu zejścia	
IV. Formy stałe, czyli przyrodzone	

Źródło: Kujawski R. *Klasyfikacje chorób umysłowych Adolfa Rothe'go (1832-1903)*. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2013; 22 (1): 75-85 (schematy uproszczono i skrócono).

się na orzekanie niepoczytalności częściowej w monomanii, gdzie chorzy mieli być uważani za nieodpowiedzialnych za postęпки, mające związek bezpośredni z urojeniami („bredzeniem”) a w innych przypadkach, wobec mniej więcej prawidłowego funkcjonowania psychicznego w innych sferach, należało ich czynić odpowiedzialnymi. Erlicki uważał, że w monomanii, nie było prawidłowości innych czynności psychicznych. Monomania, jako choroba umysłowa o stałym, a nie ograniczonym w czasie, przebiegu cechowała się zupełną utratą zdolności krytycznych, świadczących o znacznym „przewrocie” w sferze intelektualnej, więc nie mogło być mowy o prawidłowości innych czynności psychicznych, nawet wtedy, gdy zdawały się być zadowalającymi. Dodatkowo, monomanię spotykano głównie w okresie co najmniej rozpoczynającego się, jeżeli już nie zupełnie rozwiniętego, ogólnego upadku umysłowego [18].

XIX-wieczna koncepcja monomanii, z dyskusjami dotyczącymi ograniczonej poczytalności, nie doprowadziła do wprowadzenia na ziemiach trzech zaborów jednoznacznych przepisów o poczytalności zmniejszonej. Odzyskując niepodległość w 1918 roku Polska pozostawała bez nowoczesnego ustawodawstwa karnego w tym zakresie. Na terytorium Polski objętym zaborem niemieckim obowiązywały przepisy pruskiego *Landrecht* (1794), zastąpione nowym pruskim kodeksem karnym (1851), który odznaczał się on wysokim poziomem techniki ustawodawczej i wyszczególniał okoliczności wykluczające lub ograniczające karalność. Pruski kodeks stał się główną podstawą kodeksu karnego Związku Północno-Niemieckiego (1870), który obowiązywał na ziemiach byłego zaboru pruskiego do roku 1932. Na ziemiach polskich zaboru rosyjskiego obowiązywał Kodeks Kar Głównych i Poprawczych (1847), a następnie rosyjski kodeks karny (1866). Uwzględnienie okoliczności zwiększających lub zmniejszających winę i karę pozostawiono w szerokim zakresie swobodnemu uznaniu sądu. Nowy kodeks rosyjski (1903) obowiązywał na ziemiach polskich byłego zaboru rosyjskiego do roku 1932 [9, s. 306–307].

Polscy psychiatrzy rozpoczęli intensywną kampanię nad wprowadzeniem poczytalności ograniczonej [6, s. 221–231]. Leon Wachholz (1867–1942) w *Medycynie sądowej* (1919) opowiadał się za wprowadzeniem pojęcia poczytalności zmniejszonej do kodeksu karnego, zacieśniając możliwość jej orzekania do stanów „zwyrodnienia psychicznego” [19]. Podobne poglądy zawarł w *Psychopatologii sądowej* (1923) [20]. Rafał Radziwiłłowicz (1860–1929)

przedstawił dezyderaty Zjazdu Psychiatrów Polskich (17–19.V.1921), dotyczące poczytalności zmniejszonej. Według Radziwiłłowicza, pomiędzy zdrowiem a chorobą psychiczną jest szeroka granica, w której mieści się wiele stanów przejściowych, gdzie trudno jest orzekać albo poczytalność, albo niepoczytalność. Na posiedzeniu Komisji Kodyfikacyjnej (28.XII.1921) Radziwiłłowicz mówił o traktowaniu przestępców w stanie poczytalności zmniejszonej [21]. Włodzimierz Sieradzki (1870–1941) w referacie pt. *Stanowisko i postulaty lekarskie wobec zagadnienia poczytalności*, wygłoszonym na Zjeździe w Poznaniu (1921), zaproponował dwojaki sposób ujęcia zapisu dotyczącego poczytalności, z akcentowaniem przesłanki psychologicznej albo psychiatrycznej [22]. Jan Piltz (1870–1930) omawiał zagadnienie na posiedzeniach komisji kodyfikacyjnej 10.V.1921 orz 8.XII.1921, wskazując, że z punktu widzenia psychiatrii klinicznej bezwzględna koniecznością było wprowadzenie do kodeksu karnego poczytalności zmniejszonej z uwagi na różne stopnie nasilenia chorób psychicznych. Jan Nelken (1878–1940) pisał o tzw. stanach pogranicznych, „u osobników zwyrodniałych ze względu na deprawację moralną i wybitne instynkty przeciwspołeczne, czyli właśnie te stany, które obejmie w przyszłości poczytalność zmniejszona” [23].

Adam Berger (1888–1969) w książce *Poczytalność zmniejszona* (1927) wypowiadał się odnośnie monomanii w wywodach teoretycznych, dotyczących wpływu objawów psychopatologicznych na całość funkcjonowania psychicznego i poczytalność. Berger stał na stanowisku, że w monomanii („jednobłądach”) myśl obłąkańcza (idea prześladowcza, wielkościowa) w bilansie psychicznym osoby rzadko występowała w odosobnieniu i jeżeli czyn wy wpływający bezpośrednio z tej „monomanii” mógł być uważany za dokonany w stanie kompletnej niepoczytalności, to pozostałe czyny, nie mające nic wspólnego z danym „jednobłądem”, mogły być rozpatrywane jako spełnione w stanie poczytalności zmniejszonej, gdyż „chora część duszy” osłabiała pozostałe jej części – „zazębienie się fenomenów psychicznych w psyche jednostki” [6, s. 118–119]. W części praktycznej, opisującej stany psychiczne, w których można rozpatrywać poczytalność zmniejszoną, Berger opisywał „zbożenia instynktów”, samozachowawczego, płciowego, i społecznego, uważając, że „zbożenia te należy badać tym dokładniej, że obarczeni nimi (...) mogą na pierwszy rzut oka być brani za zupełnie poczytalnych, albowiem nie wykazują oni żadnej rzucającej się w oczy anormalności”. Berger uważał,

że zбочenie instynktu społecznego (*moral insanity*) „może zachować u danego osobnika wszelkie pozory człowieka zupełnie normalnego”. Obowiązujące w Polsce prawodawstwo w niedostatecznym stopniu uwzględniało stan poczytalności zmniejszonej. Uzależniało łagodzenie kary od uznania sędziego, bez stawiania granic ustawowych oraz pomijało stosowanie środków zapobiegawczych, względem tego rodzaju przestępców, „o ile tworzą dla społeczeństwa niebezpieczeństwo recydywy” [6, s. 137, 236].

Ujednolicenie unormowań prawnych dotyczących poczytalności ograniczonej, wprowadził dopiero kodeks karny z 1932 roku (tzw. kodeks Makarewicza) [24]. Porównanie zapisów w polskich kodeksach karnych (1932, 1969, 1997) wskazuje, że definicja poczytalności zmniejszonej nie uległa istotnej zmianie, a poważnej modyfikacji poddano stosowanie środków zabezpieczających.

ZAKOŃCZENIE

Pojęcie monomanii zdobyło krótką, zaledwie kilkudziesięcioletnią, popularność w literaturze psychiatrycznej, prawniczej i popularnej, głównie we Francji. Chociaż monomanię rozpoznawano od początku XIX wieku, została ona zarzucona jako kategoria diagnostyczna już w latach siedemdziesiątych XIX wieku. Podstawa pojęciowa monomanii zmieniała się, lecz przetrwała w niektórych kategoriach zaburzeń kontroli impulsów DSM-IV (np. kleptomania i piromania), opisie pewnych obsesji i fenotypów behawioralnych, takich jak autoagresja w chorobie Lescha i Nyhana [7]. W ICD-10 nazwa „monomania” pojawia się w indeksie z odnośnikiem do kodowania: F28 [25].

Monomania pojawiała się w pierwszych klinicznych podziałach zaburzeń psychicznych. Z jednej

Tabela 3. Porównanie przepisów dotyczących poczytalności zmniejszonej w polskich kodeksach karnych z 1932, 1969 i 1997 roku
Table 3. Comparison of the regulations on diminished responsibility in the Polish penal codes of 1932, 1969 and 1997

Kodeks Karny z 11.VII.1932	Kodeks Karny z 19.IV.1969	Kodeks Karny z 6.VI.1997
Art. 18 § 1: „Jeżeli w chwili popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary”.	Art. 25 § 2: jak art. 18 § 1/32 kk.	Art. 31 § 2: jak art. 18 § 1/32 kk. (z jedną różnicą: „w czasie” – zamiast „w chwili”).
art. 80 § 1: „Jeżeli przestępcę uznano za mającego zmniejszoną zdolność rozpoznawania lub kierowania postępowaniem (art. 18 § 1), a jego pozostawienie na wolności grozi niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu, sąd może zarządzić jego umieszczenie w zamkniętym zakładzie dla psychicznie chorych albo w innym zakładzie leczniczym”.	art. 100 § 1: „Jeżeli nastąpiło skazanie za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 25 § 2: a pozostawienie sprawcy na wolności grozi poważnym niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu, sąd może orzec jego umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie”.	art. 95 § 1: „Skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2, sąd może orzec umieszczenie sprawcy w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne”.
art. 80 § 2: „Jeżeli takiego przestępcę sąd skazał na karę pozbawienia wolności, to o tem, czy orzeczoną karę wykonać, sąd rozstrzyga po zwolnieniu z zakładu leczniczego.	Art. 100 § 2: “W razie skazania na karę pozbawienia wolności albo na karę ograniczenia wolności wykonanie kary następuje po zwolnieniu sprawcy z zakładu; skazanego na karę pozbawienia wolności sąd może warunkowo zwolnić (...) natomiast oddanie pod dozór jest obowiązkowe”.	art. 95 § 2: Jeżeli wyniki leczenia lub rehabilitacji za tym przemawiają, sąd może sprawcę określonego w § 1, skazanego na karę nie przekraczającą 3 lat pozbawienia wolności, warunkowo zwolnić (...); dozór jest obowiązkowy.
Art. 81: Czasu pobytu w zakładach (...) nie oznacza się z góry. Sąd nie może zarządzić zwolnienia z zakładu wcześniej, niż po upływie jednego roku.	Art. 100 § 3: „Sąd rozstrzyga przed zwolnieniem z zakładu, czy orzeczoną karę pozbawienia wolności należy wykonać.	
	Art. 101: “ (...) czasu pobytu w zakładzie nie określa się z góry; sąd orzeka zwolnienie sprawcy, jeżeli jego dalsze pozostawienie w zakładzie nie jest konieczne”.	

strony, związana była z zaburzeniami nastroju a z drugiej – z zaburzeniami treści myślenia. W pierwszej formie dała podstawę do wyodrębnienia zaburzeń nastroju – depresji i manii w ich współczesnym rozumieniu, a w drugiej przyczyniła się do rozwoju wiedzy o zaburzeniach urojeniowych oraz zaburzeniach lękowych i osobowościowych.

Monomania wiązała się z orzekaniem sądowo-psychiatrycznym, pogłębiając dyskusję na temat orzekania poczytalności częściowo ograniczonej. Tzw. francuski model traktowania tego rodzaju przestępców zakładał jednocześnie karanie i leczenie. Polskie podręczniki psychiatrii XIX wieku dość obszernie traktowały o monomanii, śledząc jej rozwój, zmiany zakresu pojęć, które definiowała. W XX wieku pojęcie monomanii w polskiej literaturze psychiatrycznej pojawiało się już rzadko. Polscy psychiatrzy i medycy po odzyskaniu przez Polskę niepodległości w 1918 roku brali udział w dyskusjach na temat konieczności wprowadzenia kodeksowego zapisu o zmniejszonej poczytalności. Nastąpiło to dopiero w 1932 roku. Zapis ten, w niewiele zmienionej formie, przetrwał do aktualnego orzecznictwa karnego. Zmieniły się przepisy związane ze stosowaniem środka zabezpieczającego.

PIŚMIENNICTWO

- Goldstein JE. Console and Classify: The French Psychiatric Profession in The Nineteenth Century. Chicago: University of Chicago Press; 2002.
- Huertas R. Between doctrine and clinical practice: nosography and seminology in the work of Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840). *Hist Psychiatr.* 2008; 2 (19): 127-140.
- Shorter E. A Historical Dictionary of Psychiatry. Oxford: University Press; 2005.
- Nasierowski T. Historia zaburzeń nastroju. *Psychiatr w Praktyce Ogólnolek.* 2007; 7 (2): 83.
- Foucault M. "Dangerous Individual" in 19th-century Legal Psychiatry. *Int J Law Psychiatr.* 1978, 1: 11.
- Berger A. Poczytalność zmniejszona. Lublin: Uniwersytet Lubelski; 1927.
- Harris JC. The Obsession of Envy (Monomanie de l'envie). *Arch Gen Psychiatry.* 2003; 60 (8): 764.
- Lenton K. A Tough Pill to Swallow: Criminal Culpability Arising From an Avoidable NCR State. *Man LJ.* 2011; 35 (1): 159.
- Bolechała F. Wspólne drogi psychiatrii i medycyny sądowej – historia i rozwój pojęcia niepoczytalności od czasów antycznych po współczesne. *Arch Med SądKrym.* 2009; 59 (4): 300-308.
- Gazeta Warszawska Nr 74 z dnia 17 marca 1843 r. s.1-2.
- Janikowski A. Zasady dochodzeń sądowo-lekarskich co do wątpliwego stanu zdrowia. Warszawa: Drukarnia Stanisława Strąbskiego; 1845.
- Poznański N. Jak leczyć należy choroby umysłowe w okresach powstawania. *Tyg Lek.* 1862; 31: 272.
- Janikowski A. Patologia i terapia chorób umysłowych. Warszawa: Skład Główny w Księgarni Rudolfa Friedleina; 1864.
- Płaskowski R. Psychiatria. Zeszyt pierwszy. Część ogólna. Warszawa: Drukarnia Gazety Polskiej; 1868.
- Rothe A. Sprawozdanie z czynności lekarskiej w warszawski zakładach dla obłąkanych tj. w szpitalu Sgo Jana Bożego (dla mężczyzn) z oddziałem przy szpitalu Dzieciątka Jezus (dla kobiet dotkniętych cierpieniem umysłowym i padaczką) za rok 1867. *Gaz Lek.* 1868; (3) 3: 33-37.
- Rothe A. Psychopathologia forensis, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiem i w Galicyi. Kraków: Drukarnia Fr. Pobudkiewicza; 1879.
- Rothe A. Psychiatria, czyli nauka o chorobach umysłowych. Warszawa: Druk. K. Kowalskiego; 1885.
- Erlicki A. Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych. Warszawa: Skład główny w Księgarni E. Wende i S-ki; 1897. s. 225-226.
- Wachholz L. Medycyna sądowa na podstawie ustaw obowiązujących na ziemiach polskich. Kraków: Akademia Umiejętności; 1919. s. 477-479.
- Wachholz L. Psychopatologia sądowa na podstawie ustaw obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa: Gebethner i Wolff; 1923.
- Radziwiłowicz R. Niepoczytalność i poczytalność zmniejszona. Uwagi psychiatryczne w związku z nowym kodeksem karnym. Warszawa: Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 1922.
- Sieradzki W. Kodeks karny polski ze stanowiska lekarskiego. *Praktyka Lek.* 1933; 7: 3-28.
- Nelken J. Zagadnienie opieki nad psychicznie chorymi przestępcami. *Przeł Wzrost Pol.* 1926; 2 (4): 1-6.
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. Dz.U. Nr 60, poz. 571.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Tom III. Warszawa: Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia; 2008. s.145.

Nadesłano/Submitted: 22.09.2013. Zrecenzowano/Reviewed: 24.10.2013. Przyjęto/Accepted: 29.11.2013.

Adres/Address: Ryszard Kujawski, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, ul. Sądowa 18, 86-100 Świecie, e-mail: rykuj@op.pl