



Pamięć odzyskana: opis przypadku

Regained memory: case report

IWONA GROBEL, MAŁGORZATA KOSTECKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie

STRESZCZENIE. *Przedstawiono opisany wcześniej przypadek pacjentki z amnezją dysocjacyjną. Uzupełniono materiał wyjaśniający powody powstania patologii i zweryfikowano postawione poprzednio hipotezy.*

SUMMARY. *An earlier reported case of a female patient with dissociative amnesia is revisited. Hypotheses posed previously are verified and some additional material explaining the causes of her pathology is presented.*

Słowa kluczowe: amnezja dysocjacyjna / opis przypadku

Key words: dissociative amnesia / case report

Podczas poprzedniej konferencji „Kazui-
styka w psychiatrii”, 1997 r. przedstawiły-
my przypadek amnezji dysocjacyjnej [1].
Przypominając w ogromnym skrócie, doty-
czył on 35-letniej kobiety w zaawansowanej
ciąży, która pewnego dnia, siedząc na ławce
w parku, stwierdziła, że nie wie kim jest,
gdzie się znajduje i co się z nią dzieje. W od-
dziale utrzymywała się niepamięć informacji
dotyczących własnej osoby, przy zachowa-
nej zdolności zapamiętywania nowego ma-
teriału pamięciowego. Po ustaleniu tożsa-
mości pacjentki i odnalezieniu rodziny, oka-
zało się, że rodzice, uznając pacjentkę za za-
ginioną, nie wiedzieli, że jest ona w ciąży,
nie domyślali się, kto może być ojcem oczeki-
wanego dziecka. Ustalono, że pacjentka
jest rozwiedzioną kobietą, która rozstała się
z mężem w chwilę po ślubie, po odkryciu
jego skłonności homoseksualnych. Sama
wychowuje dziesięcioletniego syna, jest bez-
robotna, od dawna zalega z opłatami za
czynsz, grozi jej utrata mieszkania. Rodzice
sprawiali wrażenie opiekuńczych i kochają-
cych. Niezrozumiałe jednak było, dlaczego
nie poszukiwali zaginionej córki. Nie skon-
taktowali się z nami nawet po anonsie

w prasie, a dopiero po tym, gdy w trakcie
emitowanego na żywo programu telewizyj-
nego, poprzez który usiłowaliśmy odnaleźć
rodzinę pacjentki, zatelefonowała jej kole-
żanka, stwierdzając jej tożsamość i ujawnia-
jąc miejsce zamieszkania.

Podczas poprzedniego wystąpienia [1] roz-
ważaliśmy hipotezy tłumaczące przyczyny
powstania amnezji. Hipotezy te wiązały się
przede wszystkim ze strukturą i dynamiką
rodziny pacjentki. Z jednej strony jej zniknię-
cie gwarantowało rodzinie ukrycie kompro-
mitującego faktu ciąży u samotnej kobiety,
a z drugiej strony, dla samej pacjentki, niepa-
mięć pełniła funkcję obronną wobec uświa-
domienia jej trudnego położenia. Samo znik-
nięcie mogło być nieświadomym komunika-
tem odwołania się do poczucia winy rodziny
i potrzeby przebaczenia.

Z powodu odnalezienia rodziny obserwa-
cja w oddziale nie została ukończona, pa-
cjentkę wypisano do domu. O czasie urodziła
zdrową córkę. Zgodnie z zaleceniem zgłosiła
się do poradni zdrowia psychicznego, podję-
ła psychoterapię podtrzymującą. Otrzymała
rentę. Chciałyśmy zweryfikować wysunięte
hipotezy, utrzymywałyśmy więc z pacjentką

kontakt. Ponieważ zaburzenia pamięci powoli ustępowały, była proszona o wypełnienie kwestionariusza MMPI, z czym wyraźnie zwlekała. Mniej więcej po dwóch latach od wypisania z oddziału sama poprosiła o kontakt. Jak twierdziła, chciała dokonać podsumowania niejasnego epizodu w jej życiu. Zaprosiła do siebie do domu lekarza prowadzącego ją podczas hospitalizacji oraz redaktora programu telewizyjnego „Ktokolwiek widział, ktokolwiek wie”, który wcześniej, za zgodą pacjentki, wprowadzony był w jej problemy i dzięki któremu odnaleziono jej rodzinę.

Pacjentka (pani X) przyjęła nas w swoim mieszkaniu. Przez pierwsze pół godziny w domu oprócz nas obecne były tylko jej dzieci, szybko jednak z wizytą przyszła matka, a po ok. godzinie także ojciec pacjentki. Rodzice wyraźnie cenzurowali przebieg rozmowy. W pewnym momencie pani X dała nam do zrozumienia za plecami rodziców, że chce porozmawiać z nami na osobności. Opuściliśmy mieszkanie pacjentki udając się do hotelu, a pani X odwiedziła nas tam razem ze swoim psem w trakcie spaceru, który posłużył jej za pretekst wyjścia z domu. Jeszcze raz podkreśliła wtedy, że chciałaby nam opowiedzieć przebieg całego tajemniczego zdarzenia sprzed dwóch lat, aby raz na zawsze zamknąć ten rozdział z jej życia i więcej do tego nie wracać. Twierdziła, że pamięć odzyskiwała stopniowo, w czym bardzo pomógł psychoterapeuta w PZP. Postaramy się dokładnie odtworzyć tok myślenia i odczuć pacjentki używając jej języka i sformułowań. Opuszczając dom w dniu 4 marca 1997 r., a więc w dniu jej zaginięcia, robiła to z pełną świadomością i chęcią opuszczenia domu na zawsze. Rozważała popełnienie samobójstwa. Chciała jednak w jak największym stopniu oszczędzić przykrości synowi, dlatego postanowiła wyjechać jak najdalej od domu. Zostawiła na stole dokumenty, poszła na dworzec i wsiadła do pierwszego pociągu, jaki nadjechał. Wsiadła z niego w Warszawie. Po wyjściu z dworca szła przed siebie, nie wiedząc co ma

ze sobą zrobić. Znalazła się na moście. Gdy patrzyła na przepływającą dołem Wisłę i zbierała się do skoku do wody, zaczęła ją przechodząca tamtędy staruszka, którą zaniepokoił widok samotnej kobiety przechylającej się przez barierkę na moście. Zaprosiła pacjentkę do siebie do domu na herbatę i pogawędkę. Po wysłuchaniu zwierzeń pacjentki, zaproponowała jej nocleg u siebie mówiąc, że wszystko na pewno dobrze się ułoży. Okazało się później, że ta starsza kobieta wcześniej przysparzyła też bezdomnego mężczyznę, który wprawdzie jeszcze u niej pomieszkuje, ale znalazł już pracę i zaczyna mu się wieść coraz lepiej. Pacjentka pozostała w gościnnym mieszkaniu na Powiślu przez kilka następnych dni. Nie wychodziła z domu. Przyglądała się życiu starej rencistki, która choć sama biedna, potrafiła pomagać innym potrzebującym. Ujęła tym bardzo pacjentkę. Pani X zrozumiała, że można żyć szczęśliwie i mieć pogodę ducha mimo kłopotów. Zateśniła za synem. Zapragnęła do niego wrócić. Zaczęła się zastanawiać, jak wytłumaczyć mu swoje zniknięcie i co powiedzieć rodzicom, którzy nie wiedzieli, że jest w ciąży. Bała się tego. Wiedziała też, że nie może dłużej narażać staruszki na kosztą związane z jej pobytom. Stwierdziła, że musi odejść. Skoro świt wyszła na ulicę, a potem już „ocknęła się” na ławce na parku i tu rozpoczyna się rzeczywisty okres amnezji, z powodu której tego samego dnia znalazła się w naszym szpitalu. W trakcie spotkania w hotelu pacjentka opowiedziała nam także o tym, o czym, jak twierdziła, mówić jej było bardzo ciężko, ale w tym upatrywała swoje niedawne kłopoty. Otóż rodzina jej tylko na zewnątrz wygląda na zgodną i „normalną”. A naprawdę ciężko było pani X żyć w takim domu i trudno jej się nawet teraz do tego przyznać. Odkąd pamięta, nie widziała swoich rodziców razem szczęśliwych, uśmiechniętych, zadowolonych. Kiedy była małą dziewczynką, ojciec zabierał ją do siebie do pracy, tam kazał się bawić z inną dziewczynką, córką współpracownicy, a sam zamykał się z tą panią w pokoju. Po latach pacjentka dowiedziała się, że była to

kochanka ojca. Matka pacjentki nigdy mu tego nie wybaczyła. Od ponad dwudziestu lat mieszkają w jednym mieszkaniu, śpią w jednym pokoju, ale nie spożywają wspólnie posiłków, nawet w Wigilię. W kuchni mają oddzielne lodówki. Pacjentka nigdy nie mogła zrozumieć, dlaczego nie zdecydowali się na rozwód, a wybrali, jak to określiła „życie w piekle”. Każde z nich z osobna wtrącało się też w życie obydwu swoich córek. Siostrze pacjentki jednak specjalnie to nie przeszkadzało, zadowolona była, że ma dach nad głową. Nic jej zresztą w życiu nie było potrzebne, oprócz możliwości oglądania telewizji po pracy. Pani X natomiast zawsze chciała żyć inaczej, swobodnie. Tymczasem tak jej się życie układało, że stawała się coraz bardziej zależna od rodziny – matka samotnie wychowująca dziecko, bezrobotna, zadłużona. Gdy zdała sobie sprawę, że jest w ciąży, z mężczyzną z sąsiedniego bloku, wprawdzie kawalerem, ale uzależnionym od alkoholu, z którym spotykała się w tajemnicy przed rodziną, tak bardzo bała się do tego przyznać, że wolała uciec i odebrać sobie życie. Teraz, dzięki psychoterapii, czuje się silniejsza, uważa, że nie ma takich kłopotów, z którymi nie można sobie poradzić. Otrzymuje regularnie rentę, dodatkowo zasiłek z opieki społecznej. Zaproponowano jej dorywczą pracę, atrakcyjną finansowo. Ukochany syn jest najlepszym uczniem w klasie, córeczka prawidłowo się rozwija i dostarcza jej mnóstwo radości. „Wysłałam na prostą” – twierdzi pacjentka. Z ojcem córeczki nie chce utrzymywać kontaktu, szczególnie teraz, gdy często widuje go

pijanego. Nie zamierza starać się o alimenty. Mówiąc to wszystko była pogodna, sprawiała wrażenie zupełnie innej osoby niż ta sprzed dwóch lat, zagubiona i bezbronna.

W dniu spotkania, przed naszym odjazdem, pacjentka wypełniła kwestionariusz MMPI. Wyniki wskazują na zaburzenia osobowości o charakterze histerycznym, cechy niedojrzałości, lęk przed odrzuceniem, potrzebę wywierania dobrego wrażenia, agresję wobec matki. Z mechanizmów obronnych przeważają represja i supresja, w warunkach stresu możliwe jest wystąpienie reakcji konwersyjnej.

Dane z wywiadu od pacjentki i badania psychologicznego potwierdzają diagnozę amnezji dysocjacyjnej, związanej z trudną sytuacją osobistą pacjentki i ciężącym na niej tabu rodzinnym (brak tolerancji na zachowania łamiące normy obyczajowe). Z opisu samego zdarzenia wynika, że nie potwierdziło się rozważane wcześniej podejrzenie fugi. Wydaje nam się, że dodatkowym potwierdzeniem hipotezy o związku przyczynowym między niepamięcią a sytuacją osobistą pacjentki i strukturą jej rodziny jest motywacja pacjentki do odnowienia z nami kontaktu i wyjaśnienia całej sytuacji, by uwolnić się od poczucia winy związanego z agresją wobec rodziców i aby uzyskać naszą akceptację.

PIŚMIENNICTWO

1. Grobel I, Kostecka M: Amnezja dysocjacyjna: opis przypadku. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1998, 7, supl. 2/7, 69–74.

*Adres: Dr Iwona Grobel, I Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej,
ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa*