



## 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 „Kazuistyka w psychiatrii”, 1997 r. przedstawiłyśmy przypadek amnezji dysocjacyjnej [1]. Przypominając w ogromnym skrócie, dotyczył 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 oddziale utrzymywała się niepamięć informacji dotyczących własnej osoby, przy zachowanej zdolności zapamiętywania nowego materiału pamięciowego. Po ustaleniu tożsamości pacjentki i odnalezieniu rodziny, okazało się, że rodzice, uznając pacjentkę za zaginioną, nie wiedzieli, że jest ona w ciąży, nie domyślali się, kto może być ojcem oczekiwanego 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 bezrobotna, od dawna zalega z opłatami za czynsz, grozi jej utrata mieszkania. Rodzice sprawiali wrażenie opiekuńczych i kochających. Niezrozumiałe jednak było, dlaczego nie poszukiwali zaginionej córki. Nie skontaktowali się z nami nawet po anonsie

w prasie, a dopiero po tym, gdy w trakcie emitowanego na żywo programu telewizyjnego, poprzez który usiłowaliśmy odnaleźć rodzinę pacjentki, zatelefonowała jej koleżanka, stwierdzając jej tożsamość i ujawniając miejsce zamieszkania.

Podczas poprzedniego wystąpienia [1] rozważałyśmy hipotezy tłumaczące przyczyny powstania amnezji. Hipotezy te wiązały się przede wszystkim ze strukturą i dynamiką rodziny pacjentki. Z jednej strony jej zniknięcie gwarantowało rodzinie ukrycie kompromitującego faktu ciąży u samotnej kobiety, a z drugiej strony, dla samej pacjentki, niepamięć pełniła funkcję obronną wobec uświadomienia jej trudnego położenia. Samo zniknięcie mogło być nieświadomym komunikatem odwołania się do poczucia winy rodziny i potrzeby przebaczenia.

Z powodu odnalezienia rodziny obserwacja w oddziale nie została ukończona, pacjentkę wypisano do domu. O czasie urodziła zdrową córkę. Zgodnie z zaleceniem zgłosiła się do poradni zdrowia psychicznego, podjęła 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 wyglądała 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*