

An abstract painting of a face, rendered in a style reminiscent of Paul Gauguin or Vincent van Gogh. The face is composed of bold, expressive brushstrokes in various colors, including deep blues, vibrant reds, and bright greens. The features are somewhat obscured by the layered and textured application of paint, giving it a dreamlike and psychological quality. The overall composition is dense and layered, with a sense of depth and complexity.

Anna Seredyńska • Anna Skoczek

**PROBLEMATYKA
ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH
ODZWIERCIEDLONA
W LITERATURZE I FILMIE**

WYDAWNICTWO NAUKOWE
AKADEMII IGNACIANUM W KRAKOWIE

**PROBLEMATYKA
ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH
ODZWIERCIEDLONA
W LITERATURZE I FILMIE**

Anna Seredyńska • Anna Skoczek

**PROBLEMATYKA
ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH**
ODZWIERCIEDLONA
W LITERATURZE I FILMIE

WYDAWNICTWO NAUKOWE
AKADEMII IGNATIANUM W KRAKOWIE

KRAKÓW 2023

© Akademia Ignatianum w Krakowie, 2023

Publikacja sfinansowana z subwencji Ministra Edukacji i Nauki przeznaczonej na utrzymanie i rozwój potencjału dydaktycznego i badawczego Akademii Ignatianum w Krakowie w 2023 roku

Recenzenci

Prof. dr hab. Mirosław Michalik

Dr hab. Alicja Żywczok, prof. UŚ

Redakcja

Anna Grochowska-Piróg

Projekt okładki i stron tytułowych

PHOTO DESIGN – Lesław Sławiński

Ilustracja na okładce

Stanisław Ignacy Witkiewicz, Portret Leona Reynela (1926),

Muzeum Narodowe w Warszawie

Opracowanie typograficzne i łamanie

Jacek Pawłowicz

ISBN 978-83-7614-577-8

Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum w Krakowie

ul. Kopernika 26 • 31-501 Kraków

tel. 12 39 99 620

wydawnictwo@ignatianum.edu.pl

<http://wydawnictwo.ignatianum.edu.pl>

Dystrybucja:

Wydawnictwo WAM

Dział Handlowy

tel. 12 62 93 254-255 • faks 12 62 93 496

e-mail: handel@wydawnictwowam.pl

Księgarnia Wysytkowa

tel. 12 62 93 260

www.wydawnictwowam.pl

Spis treści

Wstęp	9
Rozdział I. Zaburzenia psychiczne w świetle literatury naukowej	15
1. Zaburzenia neurorozwojowe i kontroli impulsu	15
Spektrum autyzmu	15
Zaburzenia zachowania	20
2. Inne zaburzenia u dzieci	25
Zaburzenia narządów zmysłów	39
Zaburzenia słuchu	40
Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych	45
3. Zaburzenia psychiczne w przypadku niepełnosprawności intelektualnej	47
Zaburzenia psychiczne u pacjentów na przykład z zespołem Downa	53
4. Zaburzenia ze spektrum schizofrenii	54
Schizofrenia	55
Schizofrenia młodzieńcza	60
5. Zaburzenia nastroju	62
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	64
6. Zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsywne, związane z traumą i stresem oraz zaburzenia dysocjacyjne	66
Zaburzenie ostrego stresu ASD	66
Zaburzenie posttraumatyczne PTSD	69
Zaburzenie ocalałego	74
7. Zaburzenia odżywiania się oraz wydalania	76
Anoreksja	78
Bulimia	81
Zaburzenia wydalania	83
8. Zaburzenia psychiczne z objawami somatycznymi	84
9. Zaburzenia poznawcze oraz zaburzenia wpływające na funkcjonowanie poznawcze z kręgu zaburzeń organicznych	88
Choroba Alzheimera	89
Stwardnienie zanikowe boczne	93
Zespół pomijania jednostronnego	94
Płásawica Huntingtona	95
10. Zaburzenia osobowości	97
Zaburzenie osobowości z pogranicza	98
Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne	102

Zaburzenie narcystyczne	106
Zaburzenie antyspoleczne	109
11. Zaburzenia związane z doświadczaniem przemocy	114
Rozdział II. Typy zaburzeń psychicznych ukazane w wybranych utworach literatury oraz dziełach filmowych	121
1. Zaburzenia neurorozwojowe i kontroli impulsu	121
Autyzm z niskim poziomem funkcjonowania – książka: Lisa Genova, <i>Kochając syna</i> (2014)	122
Autyzm z wysokim poziomem funkcjonowania – książki: Jodi Picoult, <i>W naszym domu</i> (2011) oraz Tracey Garvis-Graves, <i>Dziewczyna, którą znał</i> (2019)	132
Autyzm z bardzo wysokim poziomem funkcjonowania – książka: Eric Lomax, <i>Droga do zapomnienia</i> (2017)	146
Zaburzenia zachowania – książka: Cathy Glass, <i>Skrzywdzona</i> (2007)	150
2. Inne zaburzenia u dzieci	157
Zaburzenia somatyczne – książki: Helena Keller, <i>Historia mego życia</i> (1978) oraz Alicja Kaczyńska, <i>Helena Keller</i> (1985)	157
Mutyzm dziecięcy – książki: Heidi Hassenmüller, <i>Niemy śmiech</i> (2005) oraz Casey Watson, <i>Dziewczynka, która przestała mówić</i> (2018)	162
Zaburzenia płynności mowy (jąkanie) – książka: Zofia Chądzyńska, <i>Wstęga pawilonu</i> (2000)	175
Zaburzenia słuchu – książka: Fiona Bollag, <i>Wysłałam z krainy ciszy. Historia głuchoniemej dziewczyny, która odzyskała słuch</i> (2007)	179
Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych – książka: Josiane Criscuolo, <i>Słońce świeci dla wszystkich</i> (1977)	182
3. Niepełnosprawność intelektualna	186
Książki: Kim Edwards, <i>Córka opiekuna wspomnień</i> (2005), Dorota Terakowska, <i>Poczwarka</i> (2001) oraz Mary Craig, <i>Błogosławieństwa</i> (1986)	186
4. Zaburzenia ze spektrum schizofrenii	203
Schizofrenia – film „Solista”, reż. Joe Wright (2009)	203
Schizofrenia młodzieńcza – książka: Lori Schiller, Amanda Bennett, <i>Cichy pokój. Powrót z szaleństwa i tortury</i> (1995)	205
5. Zaburzenia nastroju	212
Książka: Bebe Moore Campbell, <i>Podwójne życie mojej córki</i> (2007)	212
6. Zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsywne, związane z traumą i stresem, oraz dysocjacyjne	218
Zaburzenie ostrego stresu ASD – książka: Alice Sebold, <i>Szczęściara</i> (2004)	218
7. Zaburzenie posttraumatyczne PTSD	223
PTSD i zaburzenia dysocjacyjne u dzieci – książka: Cathy Glass, <i>Skrzywdzona</i> (2007)	223
PTSD u ofiar przemocy – książka: Jodi Picoult, <i>Dziewiętnaście minut</i> (2009)	226
PTSD u żołnierzy – książka: Kristin Hannah, <i>Na domowym froncie</i> (2014)	235

8. Zaburzenia ocalałego	241
KZ-syndrom u więźnia obozu koncentracyjnego – odcinek dziewiąty serialu „Dom” (1980–2000)	242
Syndrom ocalałego u więźnia obozu jenieckiego – film „Droga do zapomnienia” (2013)	244
9. Zaburzenia odżywiania się oraz wydalania	247
<i>Anorexia nervosa</i> – książka: Judith Fathallah, <i>Chuda</i> (2007)	247
Zaburzenia wydalania – książka: Cathy Glass, <i>Skrzywdzona</i> (2007) – dopowiedzenie	252
10. Zaburzenia z objawami somatycznymi	252
Książka: Julie Gregory, <i>Mama kazala mi chorować</i> (2017)	252
11. Zaburzenia poznawcze oraz zaburzenia wpływające na funkcjonowanie poznawcze z kręgu zaburzeń organicznych	257
Choroba Alzheimera – książka: Lisa Genova, <i>Motyl</i> (2011) oraz film „Motyl Still Alice”, reż. Richard Glatzer, Wash Westmoreland (2014)	258
Choroba SLA – książka: Lisa Genova, <i>Życie za wszelką cenę</i> (2019)	268
Zespół pomijania jednostronnego – książka: Lisa Genova, <i>Lewa strona życia</i> (2018)	274
Płasawica Huntingtona – książka: Lisa Genova, <i>Sekret O'Brienów</i> (2015)	282
12. Zaburzenia osobowości	289
Zaburzenie osobowości z pogranicza – książka: Rachel Reiland, <i>Uratuj mnie</i> (2010)	289
Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne – film „Dzień świra”, reż. Marek Kotowski (2002)	298
Zaburzenie narcystyczne – film „Lista Schindlera”, reż. Steven Spielberg (1993)	301
Zaburzenie antyspołeczne – film „Lista Schindlera”, reż. Steven Spielberg (1993)	304
13. Przemoc i jej skutki	306
Przemoc ze strony matki – książka: Dave James Pelzer, <i>Dziecko zwane „niczym”, czyli dziecięca wola przetrwania</i> (1999)	306
Porwanie, przetrzymywanie i przemoc seksualna – książka: Emma Donoghue, <i>Pokój</i> (2010)	311
Porzucenie, przemoc ojcowska, życie na ulicy – książka: Tim Guenard, <i>Silniejszy od nienawiści</i> (2003)	315
Wykorzystanie seksualne dziecka – książka: Heidi Hassenmüller, <i>Dobranoc, słonko</i> (2004)	318
Inny wymiar przemocy: porwanie dziecka – książka: Natascha Kampusch, <i>3096 dni</i> (2011)	323
Przemoc ojca wobec córki – książka: Katie Matthews, <i>Wszystko pamiętam, tatusiu</i> (2018)	327
Alkoholizm, przemoc fizyczna i seksualna – książka: Halszka Opfer, <i>Kato-tata</i> (2011)	332
Ofiara przemocy domowej i seksualnej w późniejszym życiu – książka: Halszka Opfer, <i>Monidło. Życie po kato-tacie</i> (2011)	335

Przemoc z perspektywy małego dziecka – książka: Joe Peters, <i>Plac niemyimi</i> <i>lżami</i> (2014)	338
14. „Wszyscy jesteśmy wyjątkowi”	343
Zakończenie	349
Bibliografia	353
Spis tabel	361
Summary: Portrayal of Mental Disorders in Literature and Film	363

Wstęp

Istnieją różne sposoby definiowania normy i patologii. Niektórzy uważają, że osoby normalne i te, które nie są normalne to dwie różne grupy – tak jak zdrowie i choroba, rozumiane jako dwa zbiory, które nie mają ze sobą nic wspólnego. Jeśli w ten sposób postrzegana jest norma i patologia, możemy się czuć bezpieczni, bo najczęściej każdy z nas sytuuje się w zbiorze jednostek normalnych. Jednak co zrobić, gdy z dnia na dzień, nagle człowiek wypada z tego zbioru i zostaje przyporządkowany do drugiego, patologicznego? Czy to oznacza, że zmienił swoją tożsamość? Czy stał się kimś innym? To nie do końca logiczne, poza tym zbyt okrutne. Dlatego o wiele bardziej przydatne i zgodne z rzeczywistością jest rozumienie normy i patologii na continuum. Znajdujemy się, w różnych aspektach, bliżej normy lub bliżej patologii. Bywa, że w jednym aspekcie jako ludzie zbliżamy się ku normie absolutnej, ale w innym aspekcie może być zupełnie inaczej.

Jeśli tak rozumiemy normę i patologię, zaczynamy czuć się w jedności z tymi, którzy zapadli na różnorakie zaburzenia psychiczne. Pamiętamy o tym, że zdrowie jest pewnego rodzaju łaską i w każdej chwili może się skończyć, a my bardzo szybko przesuniemy się na drugą stronę continuum.

Właśnie takie myślenie o normie i patologii przyświecało autorkom niniejszej pracy. Przedmiotem przeprowadzonych przez nie badań były objawy konkretnych, wymienianych w klasyfikacji DSM-5 zaburzeń psychicznych występujących u bohaterów wybranych filmów i książek. Na tej podstawie sformułowany został zasadniczy problem badawczy, który wyrażono w formie prostego pytania: „Jakie objawy opisywanych w klasyfikacji DSM-5 zaburzeń psychicznych mają bohaterowie wybranych książek beletrystycznych i filmów?”

Celem teoretycznym procesu badawczego opisanego w książce było zebranie wiedzy dotyczącej zaburzeń psychicznych omawianych w ramach zajęć z psychopatologii na kierunku pedagogika. Autorki pragnęły

pokazać, w jakim stopniu wybrane z literatury i filmu przykłady odzwierciedlają różnorakie zaburzenia psychiczne. Cel praktyczny wiąże się z teoretycznym, jest nim przygotowanie podręcznika pomagającego w poznaniu zakresu psychopatologii przez studentów pedagogiki. Pracę tę można umiejscowić w obrębie dziedziny zwaną psychopatologią. Autorki pracy są czynnymi wykładowczyniami, pracują również w poradnictwie i terapii, dzięki czemu były w stanie dostrzec pewne niedociągnięcia w programie nauczania. Okazuje się, że przygotowanie młodych adeptów z dziedziny psychopatologii do pracy na poziomie akademickim nie zawsze zakłada kontakt z żywym pacjentem, co sprawia, że czasami trudniej im wyobrazić sobie konkretne zaburzenia. Bohaterowie książek i filmów mogą stanowić substytut takiego kontaktu, dlatego podstawową metodą w niniejszym podręczniku będzie prezentacja określonych schorzeń na przykładzie tych właśnie fikcyjnych postaci. Jak podaje *Encyklopedia PWN*, literaturę można definiować jako „ogół wypowiedzi utrwalonych w piśmie, związanych funkcjonalnie z różnymi zakresami życia zbiorowego”¹. Film zaś został zdefiniowany jako „seria następujących po sobie obrazów, z dźwiękiem lub bez dźwięku, wyrażających określone treści, utrwalonych na nośniku umożliwiającym wielokrotne odtwarzanie i wywołującym wrażenie ruchu. Głównym środkiem wyrazu w filmie jest ruch w różnych formach: ruch w obrazie, ruch samego obrazu (czyli kamery w czasie dokonywania zdjęć) i ruch pomiędzy poszczególnymi obrazami uzyskany poprzez montaż, będący właściwym filmowym sposobem opowiadania”².

Materiał filmowy i beletrystyczny został obudowany solidnymi podstawami teoretycznymi. Książka opiera się na ugruntowanej literaturze naukowej stanowiącej bazę wiedzy na temat konkretnych zaburzeń. Podstawowym źródłem informacji były podręczniki DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) oraz ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)³. Ten fundament został uzupełniony pracami z zakresu psychopatologii dotyczącymi

1 <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/literatura;3933197.html>, [dostęp: 6.03.2023].

2 <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/film;4008247.html>, [dostęp: 6.03.2023].

3 Zob. J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, przeł. R. Andruszko, Kraków 2016; *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, red. S. Puzyński, J. Wciórka, przeł. J. Wciórka, Kraków–Warszawa 1998.

zarówno dzieci, jak i dorosłych⁴; osobno do bibliografii włączono także literaturę naukową poświęconą psychiatrii⁵. Autorki korzystały także z metodologii opracowanej przez autorów pedagogiki kultury pracujących nad wprowadzeniem dzieł filmowych i beletrystycznych do edukacji⁶.

Zamiarem autorek było stworzenie podręcznika, który pełniłby rolę swoistego uzupełnienia do istniejącego już korpusu tekstów. Trzeba natomiast zastrzec, że nie jest to książka, która aktualizuje czy zastępuje podstawową literaturę przedmiotu z dziedziny psychiatrii. Jej główną zaletą jest orientacja propedeutyczna. Ma ona ułatwiać studentom pedagogiki i pracy socjalnej, przygotowującym się do pracy z innymi ludźmi, zdobywanie wiedzy na temat określonych zaburzeń. Przede wszystkim jednak chodzi o wspomaganie wypracowywania wśród nich umiejętności wczuwania się w sytuację osób cierpiących. Publikacja ta stanowi uzupełnienie podręcznika opublikowanego w Wydawnictwie WAM w 2016 roku. Obie prace łączy wspólny zamysł i zastosowana metodologia⁷.

Niniejszy podręcznik pomoże studentom pedagogiki zrozumieć meandry i niuanse dziedziny psychopatologii na podstawie prostych przykładów. Studenci ci nie mają możliwości poznawania zaburzeń psychicznych bezpośrednio, gdyż do ich specjalizacji nie należy szerokie spektrum wiedzy psychologicznej umożliwiającej udzielanie pomocy. Opisy zawarte w książkach i filmach pozwolą im na wyobrażenie sobie, na czym konkretne zaburzenie może polegać, dzięki czemu będą mogli lepiej

-
- 4 Zob. P.C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, przeł. J. Kowalczevska, Gdańsk 2004; D. Marcelli, *Psychopatologia wieku dziecięcego*, przeł. A. Gardziel, Wrocław 2013; L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Warszawa 2011; J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, przeł. S. Pikiel, A. Sawicka-Chrapkiewicz, Sopot 2017; R.A. Bryant, A.G. Harvey, *Zespół ostrego stresu*, przeł. J. Suchecki, Warszawa 2003; B. Dudek, *Zaburzenia po stresie traumatycznym*, Gdańsk 2003; *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, red. L. Cierpiałkowska, E. Soroko, Poznań 2014.
 - 5 Zob. A.D. Cameron, *Psychiatria*, przeł. M. Kantarska-Janiec, Wrocław 2011; H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, przeł. M. Grzesiak, Wrocław 2004; *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, red. H.J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, przeł. A. Bilikiewicz, Warszawa 2005.
 - 6 E. Warmuz-Warmuzińska, *Filmoterapia w edukacji i terapii dzieci i młodzieży szkolnej oraz dorosłych*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013; D. Wedding, M.A. Boyd, R.M. Niemiec, *Kino i choroby psychiczne. Filmy, które pomagają zrozumieć zaburzenia psychiczne*, tłum. K. Strzalkowska, Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa 2014.
 - 7 Zob. A. Seredyńska, *Od zaburzeń zachowania do zaburzeń osobowości*, Akademia Ignatianum w Krakowie, Wydawnictwo WAM, Kraków 2016.

zrozumieć każde możliwe schorzenie, z którym przyjdzie im się zmierzyć w pracy zawodowej.

Przedmiotem badań autorek były objawy konkretnych zaburzeń psychicznych, które przypisywane są bohaterom wybranych filmów i książek beletrystycznych. Zagadnienie to można sformułować w postaci pytania badawczego: „Jakie objawy opisywanych w klasyfikacji DSM-5 zaburzeń psychicznych mają bohaterowie wybranych dzieł sztuki literackiej i filmowej?”

W książce dominuje metoda idiograficzna. Oznacza to, że przedmiotem zainteresowania nie są problemy ogólne, lecz kwestie bardziej szczegółowe. Istotą metodologii jest orientacja na konkretne i poszczególne przypadki objawów chorób. Każdy dostrzeżony pojedynczy problem zestawiono z przypadkami opisywanymi w fachowej literaturze przedmiotu. W rozdziale pierwszym wyłożono systematyczną wiedzę na temat wielu schorzeń, posiłkując się klasyfikacją zaburzeń psychicznych DSM-5. W rozdziale drugim wszystkie teoretyczne założenia zostały skonfrontowane z ich literacką i filmową wykładnią w sztuce. Z tego powodu podejście badawcze zastosowane przez autorki można określić jako jakościowe.

Metodę zastosowaną w badaniach można inaczej określić jako niereaktywną. Należy przez to rozumieć, że głównym polem zainteresowań i podstawą analizy była treść dzieł. Nie skupiano się w żadnej mierze na czynnikach formalnych, ograniczono też analizę na poziomie makroelementów. Jednostkami analizy były przede wszystkim mikroelementy dzieł, a więc bohaterowie poszczególnych filmów i książek. Dobór ich był arbitralny i celowy. Z jednej strony opierał się na adekwatności poszczególnego motywu oraz zaburzenia, z drugiej zaś wynikał ze szczególnej erudycji autorek badań. Wybór dzieł w żadnym stopniu nie wyczerpuje zagadnienia, jest przede wszystkim swoistym rezerwuarem przykładów.

Narzędziem umożliwiającym syntetyczne uporządkowanie analizowanych przykładów są tabele przygotowane na podstawie literatury przedmiotu, głównie na bazie DSM-5 (dotyczy to zwłaszcza kodowania i klasyfikacji objawów). Tabele zamieszczono w podsumowaniu każdej analizy, dzięki czemu łatwo zrekapitulować zdobytą wiedzę.

Podręcznik składa się z dwóch rozdziałów. Pierwszy z nich został poświęcony teoretycznym aspektom konkretnych zaburzeń. Najpierw omówiono zaburzenia neurorozwojowe i kontroli impulsu, a następnie inne zaburzenia pojawiające się u dzieci. W dalszej części rozdziału poruszono

problematykę takich zaburzeń, jak niepełnosprawność intelektualna, schizofrenia, zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia związane z traumą i stresem, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia odżywiania się i wydalania, zaburzenia somatoformiczne, neuropoznawcze i powiązane z chorobami neurologicznymi, zaburzenia osobowości, a także zaburzenia związane z doświadczeniem przemocy oraz dyskryminacji. Ostatni podrozdział stanowi wprowadzenie do metodyki wykorzystywanej w rozdziale drugim, w którym przedstawiono konkretne zaburzenia na przykładzie wybranych postaci z książek beletrystycznych i filmów. I tak w świetle filmów i literatury omówiono zaburzenia autystyczne, zaburzenia zachowania, następnie niektóre zaburzenia u dzieci, niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia ze spektrum schizofrenii, zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe (ASD, PTSD oraz syndrom ocalałego), zaburzenia z objawami somatycznymi, zaburzenia z kręgu poznawczych, niektóre zaburzenia osobowości (borderline, obsesyjno-kompulsywna, narcystyczna, antyspołeczna) oraz zaburzenia związane z przeżywaniem przemocy.

Praca jest wynikiem wysiłku twórczego dwóch osób. Anna Skoczek opracowała materiał teoretyczny, którego bazą była literatura beletrystyczna oraz filmy. Zebrane przez badaczkę dane dotyczą szeregu określonych zaburzeń, przede wszystkim schizofrenii u dzieci, tzw. innych zaburzeń u dzieci, niepełnosprawności intelektualnej, zaburzeń nastroju, zaburzeń somatoformicznych, a także zaburzeń związanych z doświadczeniem przemocy oraz dyskryminacji. Anna Sereżyńska opracowała natomiast podrozdziały teoretyczne oraz związane z beletrystyką i filmami, dotyczące zaburzeń neurorozwojowych i kontroli impulsu, schizofrenii dorosłych, zaburzeń lękowych, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, zaburzeń związanych z traumą i stresem, zaburzeń dysocjacyjnych, zaburzeń odżywiania i wydalania, zaburzeń neuropoznawczych i powiązanych z chorobami neurologicznymi oraz zaburzeń osobowości.

Niniejsza praca jest skierowana przede wszystkim do studentów pedagogiki i pracy socjalnej w celu przybliżenia im, na czym polegają zaburzenia omawiane na zajęciach z psychopatologii i logopedii. Może być również przydatna dla studentów psychologii, a nawet dla studentów medycyny, by lepiej zrozumieli swoich pacjentów. Zainteresuje także tych, którzy zajmują się tematyką różnych zaburzeń i jej odzwierciedleniem w literaturze i filmie.

Mamy nadzieję, że udało się nam pokazać przez przykłady z filmu i literatury, iż osoby z różnymi zaburzeniami nie różnią się od reszty społeczeństwa, są jego częścią. Zaburzenie dotyczy zwykle jednej sfery osobowości. Niekiedy osoby uważające się za zdrowe mogą mieć problemy i uczyć się od tych z problemami psychicznymi. Takie spojrzenie pozwala na większą pokorę nawet w kwestii wspierania osób z zaburzeniami przez pedagogów, pracowników socjalnych, psychologów czy lekarzy.

Rozdział I

Zaburzenia psychiczne w świetle literatury naukowej

Psychopatologia jest nauką zajmującą się rozpoznaniem, klasyfikacją i opisem zaburzeń psychicznych. Do kluczowych zagadnień rozpatrywanych przez przedstawicieli tej dziedziny wiedzy należy zaliczyć możliwość rozróżniania pomiędzy tak istotnymi stanami, jak zdrowie i choroba czy norma i zaburzenie. W pierwszym rozdziale pracy, korzystając z metody opisowej, zaprezentujemy szereg różnych zaburzeń psychicznych. Merytoryczną podporą tej prezentacji będzie głównie literatura przedmiotu z zakresu psychologii oraz pedagogiki.

1. Zaburzenia neurorozwojowe i kontroli impulsu

W podręczniku DSM-5 na pierwszy plan wysuwają się różne zaburzenia neurorozwojowe. Ujawniają się one we wczesnych fazach rozwoju i związane są z układem nerwowym. Obok nich wyróżnia się często uwarunkowane środowiskowo zaburzenia kontroli impulsu.

Spektrum autyzmu

Spektrum autyzmu to według nomenklatury DSM-5 zaburzenie neurorozwojowe. Występuje w różnym nasileniu, a jego przyczyny mogą być zarówno genetyczne, jak i środowiskowe¹. Do rozpoznania choroby dochodzi najczęściej we wczesnym dzieciństwie, ale jej objawy utrzymują się także w okresie dorosłości. Objawy te dzieli się na trzy rodzaje.

Do pierwszego typu zaliczyć trzeba problemy z prawidłową komunikacją. Sposób mówienia osób z autyzmem może nosić znamiona mowy opóźnionej i to mimo prawidłowo działającego słuchu. Zaburzenia są

¹ J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, przeł. R. Andruszko, Wydawnictwo UJ, Kraków 2016, s. 40–44.

zróżnicowane, bo zależą od stopnia zaawansowania choroby. Inaczej należy traktować osoby z nieużywanym już w nomenklaturze przez DSM-5 zespołem Aspergera, które normalnie się wysławiają i mają ponadprzeciętny iloraz inteligencji, a inaczej osoby, które niemal wcale się nie komunikują. Mowa osób z zaburzeniami może być np. zbyt głośna albo monotonna. Osoby te nie używają mowy ciała ani innych niewerbalnych zachowań w celu komunikowania się; nie mają poczucia humoru, mają trudność z inicjowaniem lub podtrzymaniem rozmowy. Mówią do siebie, wygłaszają monologi na tematy, które tylko ich interesują. Mają tendencje do zadawania pytań raz po raz, nawet po uzyskaniu odpowiedzi. W mowie osób z autyzmem występują echolalie, czyli tendencje do powtarzania tego, co ktoś inny uprzednio powiedział². Składnia tych osób jest często uboga, rozwija się z opóźnieniem. Poza ekspresyjnym lękiem nieobecne wydają się emocje. Osoby te rozumieją przede wszystkim proste polecenia oraz pojęcia konkretne; bardziej złożone wypowiedzi powodują u nich zakłopotanie lub prowadzą do urwania kontaktu.

Drugi rodzaj objawów to zauważalne problemy socjalizacyjne³. Dojrzewanie społeczne osób z autyzmem zachodzi wolniej niż normalnie. Dzieci nie nawiązują kontaktu wzrokowego, nie odwzajemniają uśmiechu, nie przytulają się; często wyrrywają się z objęć rodziców i patrzą w dal. W okresie poniemowlęcym nie wskazują na przedmioty, nie bawią się z innymi dziećmi. Mogą nie przejawiać normalnego lęku związanego z oddzieleniem od rodziców. Z powodu frustracji związanej z niemożnością porozumienia się mogą wybuchać złością i agresją. Starsze dzieci mają niewielu przyjaciół albo nie mają ich wcale; nie dzielą się swoimi radościami i smutkami z innymi. W okresie adolescencji i później mają problem w komunikowaniu swoich potrzeb seksualnych.

Trzeci typ objawów dotyczy zachowań motorycznych. Osoby z autyzmem mogą zachowywać się kompulsywnie lub wykonywać swoiście rytualne czynności, np. obracać się, kołysać, machać rękami, uderzać głową w różne przedmioty czy też chronicznie utrzymywać dziwną, nienaturalną postawę. Uwaga takich osób jest często absorbowana przez szczególne części przedmiotów czy zabawek. Chorzy na autyzm mają tendencję do trzymania się rygorystycznie sztywno ustalonego porządku. Bywają

2 D. Marcelli, *Psychopatologia wieku dziecięcego*, przeł. A. Gardziel, Wrocław 2013, s. 269–276.

3 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 40–44.

obojętni na ból albo skrajne temperatury, przejawiają chęć wężania lub dotykania rzeczy. Niektóre dzieci nie znoszą jaskrawego światła, nie tolerują niektórych dźwięków, drażnią je faktury wielu tkanin. Wymienione wyżej objawy można uzupełnić szeregiem nieprawidłowych zachowań, m.in. agresji, impulsywności czy tendencji do samouszkodzeń⁴. Autyzm wiąże się czasami z niepełnosprawnością intelektualną, choć nie zawsze. Niekiedy schorzenie to łączy się z nadzwyczaj sprawnie rozbudowanym aparatem umiejętności poznawczych. Stąd też niektóre osoby przejawiają szczególną zdolność do rachunków matematycznych czy talent muzyczny. Autyzm może ponadto sprzyjać czynnemu wykorzystywaniu pamięci mechanicznej.

Nie ustalono do tej pory dokładnej przyczyny tego zaburzenia. Brane są pod uwagę zarówno czynniki genetyczne, jak i przedurodzeniowe, okołoporodowe oraz immunologiczne. Pewną rolę mogą w tym kontekście odgrywać także choroby w okresie ciąży, jak fenylketonuria, stwardnienie guzowate czy różyczka. Nie potwierdzono natomiast naukowo związku pomiędzy autyzmem a szczepieniem przeciwko śwince, odrze i różyczce.

Jeśli wziąć pod uwagę niedysiejsze diagnozy zaburzenia autystycznego, zespołu Retta, zespołu Aspergera oraz dziecięcego zaburzenia dezintegracyjnego⁵, które w obecnym DSM-5 składają się na spektrum autyzmu, całkowite ich rozpowszechnienie populacyjne wynosi 6 na 10 000 osób⁶. Dwukrotnie, a nawet czterokrotnie częściej choroba pojawia się wśród chłopców. Mniej więcej u jednej czwartej osób autystycznych iloraz inteligencji mieści się w granicach normy⁷. Dwie trzecie zaś sytuuje się w obszarze upośledzenia umiarkowanego lub głębokiego. Jedynie niewielka liczba osób spośród tej grupy to autystycy z wyższym niż przeciętny ilorazem inteligencji. Dokładniejsze badania wskazują, że 70% dzieci z autyzmem posiada iloraz inteligencji na poziomie niższym niż 70 punktów⁸. U 50% takich dzieci wynosi on mniej niż 50–55 punktów. Zgodność

4 A.D. Cameron, *Psychiatria*, przeł. M. Kantarska-Janiec, Wrocław 2011, s. 196–198.

5 P.C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, przeł. J. Kowalczevska, Gdańsk 2004, s. 161–182.

6 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 40–44.

7 D. Marcelli, *Psychopatologia wieku dziecięcego*, op. cit., s. 269–276.

8 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, przeł. M. Grzesiak, Wrocław 2004, s. 348–352.

występowania autyzmu jest wyższa u bliźniąt jednojajowych niż u dwujajowych, co wskazuje na duże znaczenie powiązań genetycznych. Około 2–4% rodzeństwa dzieci autystycznych jest również dotknięta tym zaburzeniem lub przynajmniej zaburzeniami mowy oraz trudnościami w uczeniu się.

Autyzmowi towarzyszy czasami tzw. zespół sawanta, który wiąże się ze szczególnymi zdolnościami odtwórczymi w różnych dziedzinach sztuki i nauki, np. plastyce, muzyce czy matematyce⁹. Osoby te mają szczególnie rozwiniętą pamięć muzyczną; posiadają umiejętność bezbłędnego odtwarzania choćby raz usłyszanego utworu. Podobnie w plastyce, osoby te potrafią bezbłędnie odtworzyć dowolny zobaczony uprzednio rysunek czy rzeźbę. W zakresie zdolności matematycznych potrafią odtwarzać sekwencje cyfr lub szybko liczyć.

Autorzy podręcznika DSM-5, opisując zaburzenia ze spektrum autyzmu, w pierwszej części książki zwracają uwagę na trudności w komunikacji społecznej i w zakresie interakcji społecznych¹⁰. Są to deficyty z zakresu okazywania społeczno-emocjonalnej wzajemności. Zaburzenia można podzielić na kilka grup: od nieprawidłowych stosunków towarzyskich, przez ograniczone reagowanie na zainteresowanie, aż do niezdolności odpowiadania na jakiegokolwiek interakcje. Deficyty w sferze komunikacji niewerbalnej rozpoczynają się od słabo zintegrowanego przekazu werbalnego i niewerbalnego; mogą się następnie objawiać poprzez szereg poważniejszych nieprawidłowości, a ostatecznie rozciągać się aż do całkowitego braku mimiki i przekazu niewerbalnego. Deficyty w obszarze rozpoczynania i podtrzymywania relacji także występują w pewnym zakresie, począwszy od trudności w dostosowaniu zachowań do różnych kontekstów społecznych, przez trudności w zabawie lub nawiązywaniu przyjaźni, a skończywszy na całkowitym braku zainteresowania rówieśnikami. W drugiej części podręcznika DSM-5 zostały opisane ograniczone i powtarzające się wzorce zachowań, zainteresowań lub czynności. Mogą to być stereotypowe lub stale powtarzające się manieryzmy ruchowe oraz charakterystyczny sposób użycia przedmiotów lub elementów mowy. Inne takie zachowania wynikają z potrzeby niezmienności, przywiązania

9 L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Warszawa 2011, s. 183–184.

10 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, przeł. S. Pikiel, A. Sawicka-Chrapkiewicz, Sopot 2017, s. 649–655.

do czynności rutynowych lub wzorców zachowań werbalnych lub niewerbalnych. Występują przy tym niezwykle silne reakcje stresowe na nawet niewielkie zmiany, tzn. trudności w ich akceptowaniu, co wynika z posługiwania się sztywnymi wzorcami myślenia. Obok tego wyróżnić można też zjawisko intensywnego zainteresowania różnymi przypadkowymi sprawami, np. zmysłowymi aspektami otoczenia. Towarzyszyć temu może wzmożona lub osłabiona reaktywność na bodźce czuciowe.

Według autorów podręcznika początkowe objawy pojawiają się już na wczesnym etapie rozwoju człowieka. Mogą one powodować upośledzenie wielu aspektów życia, zwłaszcza w sferze społecznej i zawodowej. W wielu wypadkach nie można tego wytłumaczyć inaczej niż przez rozpoznanie niepełnosprawności intelektualnej.

W podręczniku ICD-10 autyzm opisywany jest w szerszym kontekście całościowych zaburzeń rozwojowych; oznaczono go kodem F84¹¹. Autorzy twierdzą, że pierwsze symptomy choroby ujawniają się już przed trzecim rokiem życia. Dotyczy to co najmniej jednego z trzech poniżej wskazanych obszarów:

- rozumienia i ekspresji językowej używanej w społecznym porozumiewaniu się;
- rozwoju wybiórczego przywiązania lub wzajemnych kontaktów społecznych;
- funkcjonalnej i symbolicznej zabawy.

Autorzy podręcznika ICD-10 zwracają też szczególną uwagę na takie problemy występujące u osób autystycznych, jak jakościowe nieprawidłowości wzajemnych reakcji społecznych, jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się oraz ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności. W ICD-10, w odróżnieniu od DSM-5, wyróżnia się kilka rodzajów autyzmu, tzn. autyzm typowy, zespół Retta, inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne oraz zespół Aspergera. W DSM-5 autyzm traktuje się natomiast jako swoiste continuum: od form funkcjonujących w sposób „niski” do form, które uznaje się za funkcjonujące „bardzo wysoko” – do tych ostatnich należą osoby z zespołem Aspergera.

11 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, red. S. Pużyński, J. Wciórka, przeł. J. Wciórka, Kraków–Warszawa 1998, s. 133–138.

W okresie rozwojowym (do sześciu miesięcy) u osób z autyzmem pojawiają się już jego wczesne objawy¹². Niemowlę jest bardzo spokojne, nigdy nie płacze, nie domaga się niczego; jest apatyczne, brakuje u niego „uśmiechu ukierunkowanego”. W wieku od sześciu do dwunastu miesięcy brakuje u dziecka wyciągania rączek czy zachowań mimicznych. Dziecko jest albo hipotoniczne (jak „lalka z trocin”), albo hipertoniczne, sztywne (jak „kawalek drewna”). Unika kontaktu wzrokowego, brakuje u niego zachowań mimicznych, gaworzenia i wokalizowania. Często nie odczuwa ono lęku względem obcych, nie wykazuje też żadnej reakcji w wypadku separacji i ponownego spotkania. W wieku od dwunastu do trzydziestu miesięcy dziecko nie wykazuje zaczątków mowy, nie potrafi wskazywać ani podzielać wspólnej uwagi. Towarzyszyć temu mogą zaburzenia funkcjonalne snu i odżywiania. Wyodrębniają się stereotypie, manieryczne gesty czy dziwaczne zainteresowania.

Autyzm to zaburzenie neurorozwojowe. Jego rozwój jest uwarunkowany biologicznie. Głównym problemem jest nieprawidłowe funkcjonowanie mózgu oraz obciążenia genetyczne. Rokowania w leczeniu autyzmu są w 60–70% niekorzystne, zależy to bowiem od głębokości zaburzenia i jego rodzaju¹³. Leczenie polega na kompensacyjnym wsparciu przetwarzania bodźców, muzykoterapii, terapii behawioralnej, uczeniu w placówkach integracyjnych i szkołach specjalnych.

Zaburzenia zachowania

W tym podrozdziale zostaną omówione nieprawidłowości, które w podręczniku DSM-5 uporządkowano i zgrupowano w zbiór zaburzeń dezorganizujących, związanych z kontrolą impulsu i zachowania. Warto podkreślić, że zasadniczą ich przyczyną są uwarunkowania środowiskowe, głównie rodzinne.

Osoby z zaburzeniami zachowania na różne sposoby i systematycznie okazują brak szacunku dla społecznych reguł; nie respektują praw innych osób¹⁴. Stosują agresję wobec rówieśników, terroryzują ich, inicjują bójki,

12 D. Marcelli, *Psychopatologia wieku dziecięcego*, przeł. A. Gardziel, op. cit., s. 269–276.

13 U. Knölker, M. Schulte-Markwort, *Zaburzenia psychiczne wieku dziecięcego i młodzieńczego*, [w:] *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, op. cit., s. 215–217.

14 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 420–421.

używają niebezpiecznej broni, niszczą mienie, celowo wywołują pożary. Bywa, że niszczą cudzą własność, dokonują włamań i kradzieży; stosunkowo łatwo złapać takie osoby na kłamstwie. Zdarza się, że wagarują, uciekają z domu, nocują poza domem pomimo zakazu rodziców.

Zaburzenia zachowania różnią się od zaburzeń opozycyjno-butowniczych, w których do naruszania podstawowych praw innych osób nie dochodzi. Osoby o tendencjach buntowniczych zazwyczaj stosują się do odpowiednich do wieku zasad społecznych¹⁵. Są zazwyczaj pełne gniewu, bywają drażliwe, mają skłonność do gwałtownych wybuchów. Nie słuchają autorytetów i spierają się z nimi. Czasem odmawiają współpracy lub przestrzegania reguł. Często oskarżają innych o występki, które tak naprawdę same popełniły; wykazują się przy tym złośliwością. Zaburzenia opozycyjno-buntownicze od zwyczajnego buntu różnią się nasileniem i czasem trwania. Należy jednak pamiętać, że różnią się one także od omówionych wyżej – o wiele bardziej problematycznych – zaburzeń zachowania.

W DSM-5 wyróżniono kilka grup objawów związanych z tym typem nieprawidłowości¹⁶. Do pierwszej zaliczono agresję w stosunku do ludzi i zwierząt, konkretnie zaś znęcanie się, grożenie, zastraszanie innych czy częste wszczynanie bójek. Szczególnie niebezpieczna jest skłonność do używania broni. Może ona wywoływać okrucieństwo wobec ludzi i zwierząt, a w rezultacie powodować poważne szkody, takie jak uszkodzenia ciała, dokonywanie kradzieży połączonej z konfrontacją z ofiarą czy zmuszanie kogoś do czynności seksualnych.

Do grupy drugiej zaliczono niszczenie mienia. Na tę ogólną kategorię składają się m.in. umyślne podłożenie ognia z zamiarem dokonania znacznych szkód oraz umyślne niszczenie cudzej własności.

Na grupę trzecią składają się głównie oszustwa i kradzieże, czyli włamanie do cudzego domu, budynku lub samochodu, kłamstwa w celu zdobycia dóbr, przysług lub uniknięcia zobowiązań, oraz kradzież przedmiotów o istotnej wartości, niepołączona z konfrontacją.

Do czwartej, ostatniej grupy przypisano zachowania wiążące się z poważnym naruszeniem pewnych reguł postępowania, m.in. wagarowanie,

15 Ibidem, s. 418–419.

16 P.C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, op. cit., s. 63–64.

częste niewracanie do domu mimo zakazu rodziców czy co najmniej dwukrotne nocne ucieczki z domu.

ICD-10 również kataloguje zaburzenia zachowania w pewne grupy¹⁷, które oznacza kodem F-91. Są to kolejno: zaburzenia zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego, zaburzenia zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji, zaburzenia zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji, zaburzenia opozycyjno-buntownicze oraz inne zaburzenia zachowania. W tej klasyfikacji najważniejszy jest związek danej grupy zaburzeń z procesem prawidłowej socjalizacji¹⁸. Inne jest bowiem podłoże psychologiczne zaburzeń u dziecka, które dobrze funkcjonuje w grupie rówieśniczej i to w niej dokonuje swoich zachowań o znamionach patologicznych, a inne u dziecka, które jest samotnikiem.

Aby w pełni rozpoznać i ocenić kontekst jakiegoś zespołu zachowań, które uznaje się za objawy określonych zaburzeń, należy je rozpatrywać z osobna¹⁹. W takich okolicznościach ucieczkę rozumiemy jako dobrowolne i nieoczekiwane odejście dziecka z miejsca, w którym powinno przebywać bez uprzedzenia i pozwolenia. Nieobecność musi trwać wystarczająco długo, by można było uznać, że został przekroczony zakaz rodzicielski. O ucieczce można mówić także w sytuacji, kiedy dziecko opuszczało miejsce, w którym powinno przebywać, aby wędrować bez celu wiele godzin, a nawet dni. Ważny dla diagnozy jest zarówno kontekst ucieczki, jak i wiek dziecka. Kradzież, która również jest związana z objawami zaburzeń zachowania, sama jest częstym zjawiskiem wśród dzieci; stanowi 70% popełnianych przez nie wykroczeń. W procesie diagnozowania kradzieży niezwykle ważne jest rozpoznanie, czy dziecko na swoim etapie rozwoju przyswoiło już pojęcie cudzej własności. Ważne są ponadto okoliczności czynu oraz postawa, którą reprezentuje dziecko. Podobną formę diagnozy stosuje się, zajmując się problematyką kłamstwa. W tym wypadku okoliczności okazują się szczególnie istotne. W obrazie klinicznym można rozróżnić trzy rodzaje kłamstwa. Pierwsze z nich to kłamstwo użytkowe, czyli takie, które przynosi dziecku jakąś korzyść. Drugie

17 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, op. cit., s. 143.

18 U. Knölker, M. Schulte-Markwort, *Zaburzenia psychiczne wieku dziecięcego i młodzieńczego*, op. cit., s. 226–228.

19 D. Marcelli, *Psychopatologia wieku dziecięcego*, op. cit., s. 178–186.

to kłamstwo kompensacyjne, wiążące się z poszukiwaniem przez dziecko jakiegoś wyobrazonego stanu, który jest dla niego niedostępny lub został utracony. Ostatnim typem kłamstwa jest mitomania, którą można określić jako bardziej lub mniej świadomą skłonność do oszukiwania, co przejawia się najczęściej tendencją do tworzenia wymyślonych historii. Każde z wymienionych zachowań można rozpatrywać w kontekście poczynań mniej lub bardziej patologicznych, ale w zupełnie innym kontekście mogą one wchodzić w skład syndromu związanego z zaburzeniami zachowania u dzieci.

Badania pokazują, że na zaburzenia zachowania u dzieci wpływają bezpośrednio czynniki biologiczne, najbardziej te związane z temperamentem dziecka, a także te, które na poziomie genetyki wiążemy z dziedziczeniem pewnych cech²⁰. Bardzo duże znaczenie ma jednak czynnik środowiskowy, czyli rodzina. W literaturze naukowej wyróżnia się cztery podstawowe charakterystyczne zjawiska typowe dla rodzin, w których zachowanie rodziców negatywnie wpływa na dzieci i wywołuje określone zaburzenia. Są to kolejno:

- dewiacje u rodziców,
- odrzucenie dziecka i stosowanie środków represji przez rodziców,
- brak kontroli zachowań dziecka,
- konflikty w małżeństwie i rozwód.

Rodzice często sami wykazują nieprzystosowanie, złość czy skłonność do zachowań przestępczych. Ich praktyki wychowawcze, często wyróżniające się stosowaniem przymusu i przemocy, mogą przyczyniać się do powstawania wielu zaburzeń. Istotnym czynnikiem wyrządzającym szkodę dziecku są akty przemocy dokonywane pomiędzy samymi rodzicami.

Zaburzenia zachowania leczone są za pomocą terapii poznawczo-behawioralnej²¹. W leczeniu ważne jest np. wzmacnianie zainteresowań i uzdolnień dziecka, by mogło przeciwstawić się pokusie wejścia na drogę przestępczą. Innym rodzajem pomocy jest trening umiejętności wychowawczych u rodziców. Czasami stosowane są metody farmakologiczne, np. podawanie dziecku litu i haloperydolu²². Często wskazanym środkiem zaradczym jest umieszczenie dziecka poza domem rodzinnym.

20 Ibidem, s. 69–72.

21 Ibidem, s. 73–77.

22 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 358.

W najbardziej radykalnych przypadkach, gdy wsparcie i porady dla rodziców nie wystarczają, konieczne jest umieszczenie danej osoby w specjalnym ośrodku²³.

Ludziom dorosłym, którzy przejawiali w dzieciństwie zaburzenia zachowania, często towarzyszą dysfunkcje społeczne. Mają oni problemy z nawiązywaniem trwałych przyjaźni czy relacji intymnych, funkcjonowanie w życiu zawodowym również jest utrudnione²⁴. Badania wykazały, że u 25–40% takich osób w wieku dorosłym wykształcają się cechy osobowości antyspołecznej. Dotyczyło to szczególnie badanych, u których problemy pojawiły się już we wczesnym dzieciństwie. Inne badania pokazują, że 50% zaburzonych dzieci w wieku dorosłym wykazuje tendencje antyspołeczne, problem ten dotyczy aż 60% dorosłych socjopatów. Kolejne 30% badanych wskazało, że doświadczyło umiarkowanych zaburzeń antyspołecznych, ale tylko w dzieciństwie²⁵.

Na podstawie wielu przeprowadzonych badań możemy jedynie względnie ustalić rozpowszechnienie zaburzeń zachowania - waha się ono między 5 a 15%²⁶. Istotne różnice wyznacza także kryterium płci. Stosunek liczby mężczyzn do kobiet również ulega wahaniom i sytuuje się w przedziale między 4:1 a 12:1. Wynika z tego jednoznacznie, że zaburzenie znacznie częściej dotyka mężczyzn. W badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii okazało się, że problemy z zachowaniem zostały rozpoznane u 4,6% dzieci w wieku 5–10 lat oraz u 6,2% dzieci w wieku 11–15 lat²⁷. Istotnym czynnikiem jest miejsce zamieszkania, albowiem wyższe wyniki występują w uboższych dzielnicach. Również w tym kontekście mamy do czynienia z przewagą chłopców nad dziewczętami. Warto przypomnieć, że zaburzenia zachowania diagnozuje się przed ukończeniem 18. roku życia²⁸. Szczegółowa specyfikacja podległa kryterium płci wygląda następująco: chłopcy spełniają kryteria podawane w podręcznikach w wieku 10–12 lat, a dziewczęta w wieku 14–16 lat.

23 U. Knölker, M. Schulte-Mrkwort, *Zaburzenia psychiczne wieku dziecięcego i młodzieńczego*, op. cit., s. 226–228.

24 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, op. cit., s. 634–637.

25 B.K. Puri, I.H. Treasaden, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*, red. J. Rybakowski, F. Rybakowski, przeł. M. Łabędzka, Wrocław 2014, s. 328–331.

26 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 358.

27 B.K. Puri, I.H. Treasaden, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*, op. cit., s. 328–331.

28 A.D. Cameron, *Psychiatria*, op. cit., s. 200.

2. Inne zaburzenia u dzieci

Termin „inne zaburzenia” odsyła do pojęciowych kategorii związanych ze zdrowiem psychicznym, które nie znalazły się w DC:3R, ale zostały wymienione w takich zestawieniach, jak DSM-IV-TR lub ICD-10²⁹.

Zaburzenia te należy ograniczyć tylko do przypadków, które spełniają ogólne kryteria diagnostyczne dla F91, lecz nie zostały wyróżnione jako podgrupa lub też nie spełniają kryteriów dla żadnej z podgrup diagnostycznych. Co zatem zalicza się do innych zaburzeń? Jakie kategorie wymieniane są w klasyfikacjach?

W świetle klasyfikacji ICD-10 wyróżnić można w tym kontekście następujące nieprawidłowości: organiczne zaburzenia lękowe (F06.4), łagodne zaburzenia procesów poznawczych (F06.7), inne określone zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem i dysfunkcją mózgu lub chorobą somatyczną (F06.8) czy wreszcie nieokreślone zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem i dysfunkcją mózgu lub chorobą somatyczną (F06.9)³⁰.

Wszystkie wymienione zaburzenia mieszczą się w kategorii F06. Obejmuje ona różne stany związane z „dysfunkcją mózgu spowodowaną pierwotnymi chorobami mózgu, chorobami układowymi wtórnie oddziałującymi na mózg, chorobami układu dokrewnego” oraz „innymi chorobami somatycznymi”³¹.

Według ICD-10 decyzja o zakwalifikowaniu zespołu klinicznego w tym miejscu wymaga:

- a) dowodu świadczącego o chorobie, uszkodzeniu lub dysfunkcji mózgu, albo o somatycznej chorobie układowej, o których wiadomo, że są związane z jednym z wymienionych zespołów;
- b) związku czasowego (tygodni lub kilku miesięcy) pomiędzy rozwojem choroby podstawowej i wystąpieniem zespołu zaburzeń psychicznych;

29 *Klasyfikacja diagnostyczna DC:0-3R. Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa*, opr. H.L. Egger et al., przeł. D. Senator, Warszawa 2005, s. 81.

30 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, red. S. Pużyński, J. Wciórka, przeł. C. Brykczyńska et al., wyd. 2 uzup., Kraków 2000, s. 30.

31 *Ibidem*, s. 62.

- c) stwierdzenia ustępowania zaburzeń psychicznych po usunięciu lub ograniczeniu przyczyn leżących przypuszczalnie u ich podłoża;
- d) braku dowodów sugerujących inną przyczynę zaburzeń psychicznych (takich jak znaczne obciążenia rodzinne lub wyzwalające czynniki stresowe).

Objawy (a) i (b) pozwalają na rozpoznanie tymczasowe. Jeśli spełnione zostaną wszystkie cztery kryteria, wiarygodność decyzji diagnostycznej znacznie wzrasta³².

Przypadłością dobrze rozpoznaną w literaturze naukowej jest zespół po zapaleniu mózgu (F07.1). Obejmuje on trwałe zmiany zachowania po ustąpieniu wirusowego lub bakteryjnego zapalenia mózgu. Objawy nie są specyficzne, mogą różnić się u poszczególnych osób. Są zależne od czynnika zakaźnego, ale zwłaszcza od wieku chorego w czasie infekcji. Główna różnica pomiędzy tym schorzeniem a organicznymi zaburzeniami osobowości polega na tym, że często jest ono odwracalne³³.

Najbardziej przemawiającym do wyobraźni przykładem zespołu po zapaleniu mózgu wśród dzieci jest dość znany przypadek Heleny Keller, która była osobą głuchoniewidomą począwszy od dziewiętnastego miesiąca życia. O wpływie ślepoty na rozwój dziecka pisze szczegółowo Tomasz Wolańczyk:

Uważa się, że aż 70% dzieci niedowidzących i niewidomych ma trudności w uczeniu się, także przy stosowaniu odpowiednich dla nich metod nauczania. Ich rozwój jest upośledzony w sferze ruchowej, językowej i społecznej, co wynikać może z braku uczenia się przez obserwację. Może być także wynikiem nieadekwatnej stymulacji przez rodziców: zbyt intensywnej stymulacji dotykowej lub deprywacji bodźców słuchowych i dotykowych w przypadku depresji matczynej będącej reakcją na diagnozę niedowidzenia lub ślepoty u dziecka. Opóźniony jest rozwój myślenia symbolicznego [...], co prowadzi także do znacznego nasilenia lęku separacyjnego u dzieci niewidomych i gwałtownych reakcji na oddzielenie od matki³⁴.

U dzieci niewidomych i niedowidzących występuje szereg specyficznych zaburzeń psychicznych. Należą do nich zaburzenia psychiczne,

32 Ibidem, s. 64.

33 Ibidem, s. 67.

34 T. Wolańczyk, *Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych*, [w:] *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, red. T. Wolańczyk, J. Komender, Warszawa 2005, s. 317.

manieryzmy i problemy w relacjach społecznych. Wolańczyk tłumaczy to w następujący sposób:

Występujące u dzieci niewidomych manieryzmy i stereotypie, takie jak ruchy „trzepotania” dłońmi, obracanie się w miejscu, naciskanie gałek ocznych, powtarzanie pojedynczych dźwięków, noszą nazwę blindyzmów, mimo że – poza może naciskaniem gałek ocznych – występują także np. w całościowych zaburzeniach rozwoju³⁵.

Do kategorii „zaburzenia inne” zalicza się niewątpliwie agorafobię (F40.00)³⁶. Współczesne znaczenie tego terminu oznacza odczuwanie strachu przed jakąkolwiek sytuacją lub miejscem, z których ucieczka wydaje się trudna lub krępująca, a ewentualne udzielenie pomocy w razie wystąpienia objawów lękowych może być utrudnione. „Otwarte lub publiczne miejsca [...] spełniają te warunki” – powiadają badacze³⁷. Osoby z agorafobią albo unikają budzącego lęk miejsca lub wymagają obecności towarzysza.

Agorafobia pojawia się w kontekście takich sytuacji, jak „przebywanie z dala od domu, stanie w tłumie, przebywanie w domu samemu [...]”. Choroba „może się rozwinąć szybko, w ciągu zaledwie kilku tygodni [...]”. U niektórych pacjentów rozwija się ona bez poprzedzających napadów paniki³⁸. U dzieci agorafobia występuje najczęściej pod postacią tzw. mutyzmu. Jest to zaburzenie, u którego podłoża leży lęk; pojawia się on najczęściej między 2. a 5. rokiem życia jako odpowiedź na przekroczenie progu żłobka, przedszkola czy szkoły. W niewielkim odsetku przypadków (5–10%) milczenie jest reakcją na silny wstrząs, przykre doznania, trwale utrzymującą się sytuację patologiczną czy wykorzystanie seksualne. Mutyzm częściej pojawia się u dziewczynek. Tłumaczy się ten fakt większą ich wrażliwością, niż w wypadku chłopców, na nowe sytuacje społeczne i separację. Mutyzm może wystąpić także u osób dorosłych, np. jako reakcja afektywna na silne przeżycia. Także i w tym wypadku to kobiety są na ów podtyp agorafobii bardziej podatne.

Mutyzm wybiórczy to zaburzenie, które sprawia, że dziecko traci swobodę wypowiedzania się w sytuacjach społecznych, w których jest to

35 Ibidem, s. 317.

36 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków 2016, s. 202.

37 Ibidem, s. 202.

38 Ibidem.

od niego oczekiwane (np. w przedszkolu, szkole czy wobec dorosłych), mimo że w innych okolicznościach swobodnie i adekwatnie do swego wieku posługuje się mową³⁹ (np. w domu)⁴⁰.

W opublikowanej w 2013 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) *Klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5* podkreślony został związek mutyzmu wybiórczego z podłożem lękowym. We wcześniejszej wersji tego dokumentu, o tytule DSM-IV, mutyzm wybiórczy był klasyfikowany jako jedno z „zaburzeń zaczynających się zwykle w dzieciństwie lub adolescencji”. Obecnie jest sklasyfikowany jako zaburzenie lękowe, co wynika z tego, że większość dzieci z mutyzmem wybiórczym cierpi z powodu podwyższonego poziomu lęku. Kryteria diagnostyczne nie uległy natomiast większym zmianom w stosunku do wymienionych w DSM-IV⁴¹. Są one następujące:

- a) Niekorzystanie z mowy w określonych sytuacjach społecznych, w których mówienie jest oczekiwane (np. w szkole), pomimo swobodnego operowania mową w innych sytuacjach.
- b) Negatywny wpływ zaburzenia mowy na osiągnięcia edukacyjne lub zawodowe, co przekłada się na problemy w komunikacji społecznej.
- c) Czas trwania zaburzenia wynoszący co najmniej jeden miesiąc (nie ogranicza się do pierwszego miesiąca w szkole).
- d) Brak mówienia wynikający z braku wiedzy, nieznanomości języka lub dyskomfortu związanego z posługiwaniem się danym językiem.
- e) Niemożność wyjaśnienia braku mowy za pomocą rozpoznania innych zaburzeń komunikacji (np. dziecięcą niepełnością mowy), zaburzeń ze spektrum autyzmu, schizofrenii czy innych zaburzeń typu psychotycznego⁴².

Kryteria te wykazują ważną prawidłowość, a mianowicie negatywny wpływ mutyzmu wybiórczego na zdobywanie przez dziecko określonych

39 SMA. Selective Mutism Association, *What is Selective Mutism?*, <https://www.selectivemutism.org/what-is-sm/> [dostęp: 06.06.2015].

40 J. Urbaniuk, *Dziecko z mutyzmem wybiórczym*, [w:] *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, red. B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski, Kraków 2013, s. 455.

41 American Psychiatric Association, *DSM-5 Development*, <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> [dostęp: 07.06.2015].

42 SMA. Selective Mutism Association, *View Selective Mutism in the DSM*, <http://www.selectivemutismfoundation.org/info-on-selective-mutism/view-sm-in-the-dsm> [dostęp: 07.06.2015].

umiejętności. To zaburzenie dotyka zazwyczaj dzieci, które nie ukończyły piątego roku życia⁴³, a więc w ważnym momencie ich rozwoju. Taki obrót spraw powoduje, iż tracą one wiele możliwości do rozwijania społecznych interakcji oraz zdobywania szeroko pojętych umiejętności edukacyjnych.

Zgodnie z zamieszczonymi w ICD-10 i DSM-IV opisami mutyzm wybiórczy charakteryzuje się wyraźną, zdeterminowaną emocjonalnie wybiórczością werbalnego komunikowania się polegającą na tym, że dziecko w pewnych sytuacjach rozmawia swobodnie, ale w innych (określonych) przestaje mówić. Zaburzeniu towarzyszą zwykle pewne dodatkowe zachowania: lęklivość, wycofywanie się, nadmierna wrażliwość lub upór.

Klasyfikacje DSM-5 oraz ICD-10 zgodnie nadmieniają, iż mutyzmem nie można tłumaczyć sytuacji wycofywania się z mówienia ze względu na niedostateczne umiejętności językowe (dotyczy np. dzieci z rodzin bilingwalnych) czy zawstydzenie powodowane używaną gwarą. Aby zdiagnozować mutyzm wybiórczy, należy ponadto wykluczyć poważne zaburzenia mowy, zaburzenia neurologiczne, uszkodzenia ośrodków mowy, słuchu i inne przeszkody fizyczne oraz całościowe zaburzenia rozwoju, a także zaburzenia psychiatryczne.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się różne odmiany mutyzmu. Najczęstszym kryterium podziału jest zakres jego oddziaływania. Na tej podstawie mówi się więc o mutyzmie całkowitym (*mutismus totalis*) i mutyzmie wybiórczym (*mutismus selectivus* – selektywny, częściowy). Mutyzm całkowity nazywany jest też „histerycznym” i zostaje zdiagnozowany, gdy osoba milczy i nie odzywa się do nikogo w żadnej sytuacji. Jego przyczyną są zazwyczaj intensywne sytuacje szokowe (np. ciężki wypadek samochodowy, pożar), a dziecko przestaje mówić w sposób nagły⁴⁴. Anna Herzyk zauważa, że u podłoża tego zaburzenia mogą również leżeć czynniki rodzinne, np. konflikty (mutyzm jako reakcja obronna) lub tajemnica, której nikt z członków rodziny nie chce ujawnić⁴⁵. Stan, kiedy dziecko się nie odzywa, może trwać nawet kilka tygodni lub miesięcy. Zdarzają się przypadki spontanicznego ustania zaburzenia, jednak na ogół wymaga ono terapii. Obraz dzieci z mutyzmem całkowitym jest niejednoznaczny, a w literaturze

43 M. Andrzejewska, *Mutyzm selektywny – pomoc psychologiczna dla dziecka i jego rodziny*, [szkolenie, Kraków, 09.01.2015 r].

44 A. Popielarska, *Specyficzne zaburzenia rozwojowe. Mutyzm wybiórczy*, op. cit., s. 103.

45 A. Herzyk, *Afazja i mutyzm dziecięcy*, op. cit., s. 33.

możemy napotkać spolaryzowane opisy ich funkcjonowania. Aniela Popielarska zaznacza, iż takie dzieci nie sprawiają wrażenia chorych, cieszą się dobrym apetytem i snem, w ciągu dnia bawią się i wykonują czynności samoobsługowe, a także reagują na kierowane do nich polecenia i respektują zakazy⁴⁶. Według Anny Herzyk mutyzmowi całkowitemu może towarzyszyć wiele objawów dodatkowych, m.in. dysfagia (trudności w połknięciu), brak łaknienia, a nawet anoreksja, animia (uboga mimika twarzy) lub afonia⁴⁷. Badaczka zaznacza, że dziecko z mutyzmem całkowitym może posługiwać się nieartykułowanymi dźwiękami, krzykiem lub bezgłośnym szepceniem, mimo iż *de facto* nie mówi⁴⁸. Elżbieta Maria Minczakiewicz pisze o podobnych formach komunikacji oraz o dramatycznym krzyku, któremu towarzyszy spazm i sztywnienie mięśni języka i warg⁴⁹.

U dzieci zdecydowanie częściej występuje tzw. mutyzm wybiórczy (selektywny). Dziecko rozmawia wówczas tylko z wybranymi osobami (jedną lub grupą osób). Obecność ludzi, do których dziecko się nie odzywa, powoduje niechęć do bycia usłyszanym, a w rezultacie zjawisko milknięcia i przerywania rozmowy z bliskimi. Tego rodzaju mutyzm narasta stopniowo, nie występuje w sposób nagły.

W opracowaniach naukowych poświęconych logofobii obok mutyzmu wybiórczego (lub w jego ramach) wyróżnia się też czasami tzw. mutyzm sytuacyjny. Objawia się on u dzieci w nowym i nieznanym środowisku, w nowych i trudnych sytuacjach (np. przy rozpoczęciu nauki w przedszkolu czy szkole). Jego objawy ustępują wraz z zapoznaniem się i przyzwyczajeniem do nowych warunków⁵⁰. Ze względu na jego efemeryczny i przemijający charakter nie należy go traktować jako rodzaj zaburzenia, lecz raczej jako pewną trudność adaptacyjną. Zgodnie z ICD-10 i DSM-5, mutyzm wybiórczy można zdiagnozować dopiero wtedy, gdy negatywne symptomy utrzymują się przez ponad cztery tygodnie.

W literaturze przedmiotu prezentowanych jest wiele hipotez dotyczących etiologii mutyzmu wybiórczego. Część z nich wskazuje na

46 A. Popielarska, *Specyficzne zaburzenia rozwojowe. Mutyzm wybiórczy*, op. cit., s. 103.

47 A. Herzyk, *Afazja i mutyzm dziecięcy*, op. cit., s. 33.

48 Ibidem, s. 33.

49 E.M. Minczakiewicz, *Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia*, Kraków 1996, s. 139.

50 A. Herzyk, *Afazja i mutyzm dziecięcy*, op. cit., s. 30; E.M. Minczakiewicz, *Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia*, op. cit., s. 137.

intensywne albo długotrwałe czynniki stresowe lub na negatywne uwarunkowania wewnątrzrodzinne (w tym patologię) jako na przyczynę mutyzmu u dzieci. Powołując się na doświadczenia z pracy terapeutycznej, Hanna Olechnowicz opisuje przypadki mutyzmu wywołane przeżyciem odrzucenia emocjonalnego przez rodziców – zarówno rzeczywistego (dziecko niechciane, odbierane jako przeszkoda w rozwoju zawodowym), jak i subiektywnie spostrzeganego przez dziecko w wyniku separacji od najbliższych (np. w trakcie pobytu w szpitalu). Autorka pisze, iż u źródeł mutyzmu tkwi zaburzenie relacji z matką, która w odczuciu dzieci nie zaspokajała ich potrzeb, przede wszystkim potrzeb bezpieczeństwa i miłości⁵¹. Podobne stanowisko zajmuje Grunia Jefimowna Suchariewa, która uważa, że zaburzenie jest reakcją silnego protestu w sytuacji, gdy elementarne potrzeby dziecka (potrzeba bezpieczeństwa, uznania i akceptacji) nie są zaspokajane⁵². Elisa Shipon-Blum uważa, że mutyzm częściej dotyczy dzieci, których rodzice wykazują się nadopiekuńczością, oraz tych, które są nadmiernie uzależnione od matek⁵³. W najnowszych badaniach nad przyczynami mutyzmu zarysowuje się jednak tendencja odchodzenia od rozpatrywania traumy jako czynnika powodującego wycofanie werbalne dziecka. Struktura rodziny widziana jest raczej jako element podtrzymujący niż bezpośrednio wywołujący symptomy zaburzenia⁵⁴.

W ostatnich latach odrzucona została hipoteza, że zbyt mocne lub za słabe przywiązanie matek może prowadzić do mutyzmu wybiórczego u dzieci. Badacze podkreślają również, że nie ma dowodów potwierdzających związek przyczynowo-skutkowy mutyzmu wybiórczego z jakimś przeżytym urazem⁵⁵. Doniesienia naukowe wskazują, że tylko u 10% procent dzieci z tym zaburzeniem odnotowuje się przypadki przemocy psychicznej lub fizycznej w rodzinie⁵⁶.




Powyższe ustalenia umożliwiają zmianę perspektywy i poszukiwanie nowych odpowiedzi na te same pytania. Stąd w rozważaniach i badaniach

-
- 51 H. Olechnowicz, *Tożsamość mechanizmów samonaprawczych dwóch chłopców mutystycznych. Darek i Dibs*, [w:] *Opowieści terapeutów*, red. H. Olechnowicz, Warszawa 1997, s. 85–86.
- 52 A. Popielarska, *Specyficzne zaburzenia rozwojowe*, op. cit., s. 104.
- 53 Za: M. Florek-Moskal, *Epidemia milczenia*, „Wprost” 2006, nr 25, s. 88.
- 54 J. Urbaniuk, *Dziecko z mutyzmem wybiórczym*, op. cit., s. 458.
- 55 M. Andrzejewska, *Mutyzm selektywny*, op. cit.
- 56 M. Florek-Moskal, *Epidemia*, op. cit., s. 88.

nad etiologią mutyzmu wybiórczego coraz więcej uwagi poświęca się komponentom temperamentalnym i biologicznym, a podłoże mutyzmu wyjaśniane jest w kategoriach genetyki i dziedziczenia⁵⁷.

Dziś najsilniej podkreśla się związek pomiędzy fobią społeczną oraz innymi zaburzeniami lękowymi a mutyzmem⁵⁸. W najnowszych badaniach zaobserwowano, że dzieci neurotyczne oraz te z poważnie zahamowanym temperamentem częściej cierpią z powodu omawianego zaburzenia⁵⁹.

Tabela 1. Czynniki wpływające na pojawienie się objawów mutyzmu wybiórczego u dziecka

Temperament (biologiczne predyspozycje)	+	Zaburzenia, zachowania związane z lękiem w historii rodziny	+	Zmiany w otoczeniu, środowisku dziecka (stresory związane ze środowiskiem)
Nieśmiałość Wstydlivość Społeczne wycofanie się Lękliwość Martwienie się Negatywizm		Bardzo intensywne martwienie się Społeczne wycofanie się Fobia Fobia społeczna Lęki Problemy związane z lękiem separacyjnym		Nowa szkoła Przedszkole Rozwód rodziców Pojawienie się rodzeństwa Kłótnie rodziców Przeprowadzka Choroba w rodzinie
				
Wystąpienie objawów mutyzmu wybiórczego				

Źródło: M. T. Stein, I. Rapin, D. Yapko, *Selective Mutism*, „Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics” 2001; za: J. Urbaniuk, *Dziecko z mutyzmem wybiórczym...*, op. cit., s. 457.

Podsumowując, mutyzm wybiórczy to według najnowszej wiedzy zaburzenie heterogenne. Jego etiologię można wyjaśnić następująco. Komponenta temperamentalna w połączeniu z wyuczonymi w rodzinie i nacechowanymi lękiem zachowaniami komunikacyjnymi oraz ze stresogennymi zmianami w otoczeniu dziecka mogą doprowadzić do pojawienia

57 J. Urbaniuk, *Dziecko z mutyzmem wybiórczym*, op. cit., s. 458.

58 Ibidem, s. 456.

59 M. Andrzejewska, *Mutyzm selektywny*, op. cit.

się symptomów mutyzmu wybiórczego⁶⁰. Bardziej szczegółowe dane na ten temat przedstawiono w tabeli 1.

Według Anny Popielarskiej czynnikiem ryzyka sprzyjającym pojawieniu się symptomów mutyzmu wybiórczego są również mikrozaburzenia ośrodkowego układu nerwowego powstałe w okresie pre- i perinatalnym⁶¹. W różnych opisach objawów dotyczących dzieci z mutyzmem wybiórczym stosunkowo często pojawiają się pewne charakterystyczne zachowania, które możemy uznać za szczególnie nacechowane. Lidia Poppek pisze w tym kontekście np. o charakterystycznej postawie ciała: głowa i ramiona są delikatnie przygięte do przodu, ale sam kręgosłup jest prosty, a kończyny sztywne i napięte. Spojrzenie skierowane jest w dół lub na bok, by uniknąć nawiązania kontaktu wzrokowego, towarzyszy mu również uboga mimika⁶². Monika Andrzejewska wyszczególnia jeszcze więcej podobnych nacechowanych zachowań, np. płytką ekspresyjność, sztywne ruchy ciała czy blokadę mówienia, którą odczuwa się wprost fizycznie, jak chociażby w przypadku zaklejenia taśmą ust. Inne zachowania wyszczególnione przez autorkę to ostrożność w nowych sytuacjach czy wynikające z poczucia ciągłego napięcia moczenie się, obgryzanie paznokci czy agresja. Osoby chore często nie są przystosowane, by radzić sobie z niepokojem, mają wahania nastroju (i to paradoksalnie szczególnie w sytuacjach bezpiecznych, gdy przebywają w domu). Dziecko może mieć ponadto problem z korzystaniem toalety podczas pobytu w szkole czy przedszkolu, a także wykazywać niechęć do jedzenia. To wszystko wywołuje ciągłą potrzebę kontroli, unikanie zmian i preferowanie stałych schematów i struktur postępowania. W dalszej kolejności może to prowadzić do unikania interakcji społecznych, a pośrednio do źle pojmowanego perfekcjonizmu powiązanego z obawami przed popełnianiem błędów. Dzieci bywają przez to przewrażliwione, zwłaszcza na punkcie uczuć i myśli innych ludzi⁶³.

Elisa Shipon-Blun uważa natomiast, że bardzo istotne są w tym kontekście zaburzenia integracji sensorycznej, które utrudniają odbieranie przez dziecko świata zewnętrznego, powodują u niego wyższy poziom

60 J. Urbaniuk, *Dziecko z mutyzmem wybiórczym*, op. cit., s. 456–457.

61 A. Popielarska, *Specyficzne zaburzenia rozwojowe*, op. cit., s. 104.

62 L. Poppek, *Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieńszym*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Warszawa 2012, s. 151–160.

63 M. Andrzejewska, *Mutyzm selektywny...*, op. cit.

frustracji i niepokoju. Statystycznie 20–30% dzieci ma niewielkie zaburzenia językowe, inne zaś mogą mieć kłopoty z przetwarzaniem materiału słuchowego i trudności w uczeniu się⁶⁴.

Zgodnie z ustaleniami Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) mutyzmowi wybiórczemu mogą towarzyszyć nasilona nieśmiałość, lęk przed społecznym zawstydzeniem, izolowanie się społeczne i wycofanie, sztywność, cechy kompulsywne, negatywizm, wybuchy złości i niewielki stopień zachowań opozycyjnych⁶⁵. Psychologiczne objawy lęku opisuje także Anita Bryńska. Polska uczona wymienia je kolejno⁶⁶:

- uczucie bycia prześladowanym, napiętnowanym, zmęczonym, przegrany;
- relacjonowana nerwowość, niepokój, niemożność odprężenia się;
- uczucie oszołomienia, zamknięcia, znalezienia się „na krawędzi”, „pustki w głowie”;
- ruminacja (długotrwałe rozważanie na określony temat);
- w lęku panicznym uczucie umierania, „zwariowanie”, obawa utraty kontroli nad sobą i swoim zachowaniem;
- koszmary senne, fantazje lękowe;
- poczucie bycia „odmiennym”, depersonalizacja (poczucie dystansu, „nierealności” samego siebie);
- zmniejszenie aktywności, unikanie innych, stała drażliwość.

Objawy mają swoje konsekwencje i przynoszą szkody w funkcjonowaniu społecznym i behawioralnym dzieci z uogólnionym lękiem. Należą do nich:

- wrazenie bycia wstydlivym, wycofanym, zależnym od innych;
- kłopoty w sytuacjach społecznych;
- nadmierna lub zmniejszona aktywność;
- unikanie angażowania się w sytuacje związane z dowolnym niebezpieczeństwem (np. wspinanie się na drzewa) lub przeciwnie – szukanie niebezpieczeństw (zachowania kontrafobiczne).

64 E. Shipon-Blum, *What is selective mutism*, <http://www.selectivemutismcenter.org/aboutus/whatisselectivemutism> [dostęp: 06.06.2015].

65 *View SM in the DSM*, <http://www.selectivemutismfoundation.org/info-on-selective-mutism/view-sm-in-the-dsm> [dostęp: 06.06.2015].

66 A. Bryńska, *Zaburzenia lękowe i zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne*, [w:] *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne...*, op. cit., s. 150–151.

Wraz z wiekiem dzieci (a później nastolatki), które dotknął mutyzm wybiórczy, mogą zmagać się z narastającą społeczną izolacją i wyobcowaniem. Zdarza się, że w szkole stykają się z dokuczaniem ze strony rówieśników. Często nie radzą sobie w trakcie lekcji; są zamknięte, nie zgłaszają nauczycielom swoich potrzeb, nie zadają pytań – zarówno tych związanych z nauką (nawet gdy nie rozumieją omawianego zagadnienia), jak i mających osobisty charakter (np. gdy chcą skorzystać z toalety)⁶⁷.

W kategorii „zaburzenia inne”, obok wspomnianych zaburzeń typu lęk implikujący mutyzm wybiórczy, znajdują się także zaburzenia mowy o charakterze jąkania. U ich podłoża z jednej strony tkwi lęk, z drugiej zaś – genetyka. W klasyfikacji DSM-5 jąkanie, o kodzie F80.81, zdefiniowane jest jako zaburzenia płynności mowy występujące od wczesnego dzieciństwa. James Morrison tłumaczy to w taki sposób:

Na ogół jąkanie rozpoczyna się w wieku 5 lat, choć może do niego dojść już w wieku 2 lat. Ponieważ u małych dzieci często występują zakłócenia płynności mowy, jąkanie we wczesnym okresie często jest niezauważane. Nagły początek może być skorelowany z większym nasileniem. [...] Chłopcy przewyższają liczebnie dziewczęta w stosunku 3:1. Choć doniesienia się różnią, rozpowszechnienie u osób dorosłych wynosi mniej więcej 1 na 1000 pacjentów, z czego 80 to mężczyźni. Jąkanie występuje rodzinnie i są pewne dowody na możliwość dziedziczenia tego zaburzenia⁶⁸.

Kryteria diagnostyczne jąkania w DSM-5, o czym przypominają Andrzej Czernikiewicz oraz Tomasz Woźniak, dzieli się na dwa podstawowe typy. Jak piszą obaj autorzy, w pierwszej kolejności chodzi o „zaburzenia płynności i prozodii mowy, charakteryzujące się co najmniej jednym z poniższych objawów”⁶⁹. Można spośród nich wyróżnić charakterystyczne czynności:

- powtarzanie dźwięków i sylab,
- „przedłużanie” dźwięków,
- wtrącenia,
- pauzy w środku słowa,

67 *View SM in the DSM*, <http://www.selectivemutismfoundation.org/info-on-selective-mutism/view-sm-in-the-dsm> [dostęp: 06.06 2015].

68 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków 2016, s. 63.

69 A. Czernikiewicz, T. Woźniak, *Jąkanie a fobia społeczna – główne zagadnienia terapii biologicznej fobii społecznej*, „Logopedia” 2018, nr 47, s. 201–213.

- słyszalne lub ciche przerwy w wypowiedzeniach,
- zastępowanie słów celem uniknięcia tych sprawiających problemy,
- frazy z wyraźnym napięciem,
- repetycje słów monosylabicznych.

W drugiej kolejności autorzy (za klasyfikacją DSM-5) mówią o zaburzeniach mowy, które „utrudniają komunikację szkolną, zawodową i środowiskową”⁷⁰.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz ICD-10 jąkanie kodowane jest jako zaburzenie F98.5. Zgodnie z wymienioną klasyfikacją jąkanie

[...] charakteryzuje się częstym powtarzaniem lub przeciąganiem dźwięków, sylab lub słów, albo częstymi wahaniem lub pauzami, które zaburzają rytmiczność toku wypowiedzi. Powinno być klasyfikowane jako zaburzenie tylko wtedy, jeśli jego stopień w wyraźny sposób upośledza płynność mowy⁷¹.

Według autorów podręcznika ICD-10 jąkanie można scharakteryzować następująco:

Jąkanie jest zaliczane do zaburzeń zachowania i emocji z początkiem w dzieciństwie. Może być ono traktowane jako zaburzenie psychosomatyczne o strukturze składającej się z czynników lingwistycznych (np. niepłynność mówienia), biologicznych (np. wzmożone napięcie mięśniowe), psychologicznych (np. lęk przed mówieniem) i społecznych (np. izolowanie się) oraz relacji między nimi⁷².

W ujęciu Elaine Kelman oraz Alisona Whyte’a, autorów monografii poświęconej zjawisku jąkania, jest ono „zaburzeniem płynności mówienia, w którym występują symptomy opisywane na różnych poziomach: komunikacyjnym, psychicznym i neurofizjologicznym”⁷³. Tę krótką i lapidarną myśl rozwija Tomasz Woźniak:

70 Ibidem.

71 A. Rygielska, *Jąkanie – przykłady terapii*, [w:] *Balbutologopedia. Terapia, wspomaganie, wsparcie*, red. J. Błeszyński, Toruń 2020, s. 59.

72 J. Dunaj, Z. Tarkowski, *Wczesnodziecięca niepłynność mówienia – opis przypadku*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2011, nr 11, s. 55–58.

73 E. Kelman, A. Whyte, *Zrozumieć jąkanie. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i terapeutów*, przedm. M. Palin, przeł. P. Dobrowolski, Kraków 2018, s. 30.

Na poziomie komunikacyjnym objawem dominującym jest patologiczna nie płynność mówienia, polegająca przede wszystkim na blokowaniu, przeciąganiu i powtarzaniu dźwięków mowy. Na poziomie psychicznym zwraca uwagę świadomość występowania zaburzenia, przewidywanie wystąpienia niepłynności i wiążące się z tym reakcje lękowe o charakterze patologicznym (logofobia). Na poziomie neurofizjologicznym głównym objawem jest podniesione napięcie mięśniowe w obrębie narządów mowy (spastyczność)⁷⁴.

Joseph Sheehan, amerykański terapeuta, obrazowo porównał jąkanie do góry lodowej, która składa się z dwóch części, widocznej oraz ukrytej (znacznie większej od widocznej). Porównanie to ukazuje, że część niewidoczna dla obserwatora na pierwszy rzut oka, jest niezwykle istotna. Problem jąkania jest jedynie częściowo widoczny – blokowanie, ruchy mimiczne, tiki. Niewidocznych elementów jest jednak znacznie więcej, chodzi w tym wypadku o emocje, doznania fizyczne i starania dziecka, by ukryć i kontrolować jąkanie⁷⁵. Metaforą góry lodowej posługuje się również Carl W. Dell:

Problem jąkania można przyrównać do góry lodowej – jego najbardziej niebezpieczna część tkwi pod powierzchnią, jest niewidoczna na zewnątrz. Natomiast rzetelna wiedza na temat niepłynności mowy to światło – im więcej jej dotrze z różnych stron w głębinę, tym łatwiej będzie dziecku poradzić sobie z trudnościami. To przekonanie jest podstawą naszej nadziei na sukces oraz rzeczywistych osiągnięć w pracy⁷⁶.

Wanda Kostecka zwraca uwagę, że zakłócenia występujące w jąkanii mogą przybierać różne formy: jawne lub ukryte. Objawy jawne to zachowania, które można rozpoznać u jąkającego się za pomocą wzroku lub słuchu. Natomiast objawy ukryte nie są zauważalne na pierwszy rzut oka, gdyż pozostają w związku z myślami i odczuciami osoby⁷⁷. Kostecka do jawnych objawów jąkania zalicza kolejno⁷⁸:

74 T. Woźniak, *Diagnoza i terapia osób z zaawansowanym jąkaniiem*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin 2015, s. 798.

75 E. Kelman, A. Whyte, *Zrozumieć jąkanie. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i terapeutów*, op. cit., s. 30–31.

76 C.W. Dell, *Terapia jąkania u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Podręcznik dla logopedów*, przeł. L. Jankowska-Szafarska, Kraków 2008, s. 145.

77 W. Kostecka, *Dziecko i jąkanie. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i logopedów*, Lublin 2000, s. 11–12.

78 *Ibidem*, s. 12–14.

- Powtarzanie (niektóre dźwięki, sylaby, słowa mogą być powtarzane nawet kilka razy, np. „Gdzie jest moja t-t-torba?”, powtórzenia te mogą być wypowiedzane spokojnie, powoli lub bardzo szybko następować po sobie).
- Przeciąganie (poszczególne dźwięki mogą być znacznie przedłużane, np. „czuuuję się zzz-le”, przeciąganie może być łagodne lub pełne napięcia – tak, jakby dziecko chciało „wypchnąć” słowo z ust).
- Pauzy (pojawiają się na początku wypowiedzi, w środku zdań, a także w połowie wyrazów, często bywa też tak, że słowa lub frazy nie są kończone).
- Zatrzymanie toku mowy (dziecko „zastyga” przed lub podczas wypowiedzi, mięśnie oddechowe, fonacyjne lub artykulacyjne pozostają przez chwilę w bezruchu).
- Wypełniacze (do wypowiedzi wtrącane są dodatkowe słowa lub dźwięki niemające żadnego sensu, np. „yyy”).
- Problemy z przepływem powietrza (głównie zakłócenia w oddychaniu – niektóre dzieci biorą częste wdechy, zachłystując się powietrzem, mówią na wdechu lub urywają wypowiedź).
- Współruchy (grymasy na twarzy, ruchy całego ciała – dziecko kojarzy te ruchy z próbami wypowiedzi).

Autorka wymienia osobno objawy ukryte, do których zalicza⁷⁹:

- Unikanie kontaktu wzrokowego (dziecko nie patrzy na rozmówcę, gdy ma kłopoty z wypowiedzeniem jakiegoś słowa; sam fakt odwracania się od słuchacza może zwrócić uwagę tej osoby, że coś nie jest w porządku. Skutek takiego zachowania jest zazwyczaj odwrotny do oczekiwań dziecka, które poprzez patrzenie w inną stronę chce odwrócić uwagę od swoich trudności w wypowiedzaniu się).
- Unikanie mówienia (dziecko czasami unika wypowiadania pewnych słów lub dźwięków, które wydają mu się trudne do wymówienia; używa wtedy innych wyrazów mających podobne znaczenie. Dziecko często zmienia też całe zdania, aby uniknąć wypowiedzenia wyrazu, wiedząc, że się zająknie, a w ostateczności rezygnuje z mówienia i np. prosi rodziców, kolegę, aby je wyręczył. Dziecko

79 W. Kostecka, *Diagnoza i terapia logopedyczna dziecka z wczesną niepełnością mowy – studium przypadku*, [w:] *Głos – język – komunikacja*, t. 5, red. K. Bienkowska, I. Marczykowska, A. Myszka, Rzeszów 2017, s. 150–151.

udaje, że nie wie, co powiedzieć, wzrusza ramionami, sprawia wrażenie, że zapomniało lub jest czymś zajęte; wydaje mu się, że lepiej mieć opinię mniej inteligentnego niż jękającego się).

- Unikanie niektórych sytuacji (dziecko dostrzega, że jego mówienie w danych sytuacjach sprawia mu trudności, czasem wydaje mu się, że wymagania danej sytuacji przekraczają jego możliwości, np. rozmowa przez telefon czy zgłoszenie się przy odczytywaniu listy obecności stają się barierami nie do pokonania. Dziecko zaczyna unikać kłopotliwych dla niego sytuacji, np. spóźnia się do szkoły, aby nie odpowiadać podczas czytania listy obecności; ukryte objawy jękania sprawiają, że życie dziecka staje się w dużym stopniu ograniczone).
- Izolowanie się od świata zewnętrznego (jeśli dziecko odczuwa lęk przed mówieniem, komunikacja zostaje w pewien sposób zaburzona, a dziecko czuje się odizolowane od innych ludzi; może także zostać odsunięte od rówieśników, co widoczne jest np. w sposobie spędzania wolnego czasu – zamiast uczestniczyć w zabawach grupowych dziecko chętniej przebywa w domu. Jeżeli dziecko nie angażuje się w działania wymagające interakcji z rówieśnikami, należy to uznać za istotny problem, który trzeba wziąć pod uwagę podczas terapii logopedycznej).

Zaburzenia narządów zmysłów

Najczęstszą przyczyną niekorzystnej sytuacji dziecka są bariery w zmysłowym dostępie do środowiska społeczno-przyrodniczego. Wiąże się to z licznymi ograniczeniami i zakłóceniami w podejmowaniu czynności poznawczych i komunikowaniu się z innymi osobami, a także z zaburzeniami procesów neuropsychicznych, stanowiących biologiczną bazę tych czynności⁸⁰.

Zaburzenia narządów zmysłów zaliczane są do chorób somatycznych, a więc cielesnych. Jednak tego typu schorzenia dość często prowadzą do zaburzeń psychicznych, więc diagnoza, opis i terapia jest często udziałem

80 Zob. K. Krakowiak, *Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży*, red. K. Krakowiak, Warszawa 2017.

zbiorowego wysiłku wielu specjalistów, m.in. pediatrów, psychiatrów czy neurologów. Klarownie wyjaśnia to Tomasz Wolańczyk:

Sposób przedstawiania związków zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych może być [...] dwojaki – z jednej strony można wyjść od zespołów psychopatologicznych i omawiać schorzenia ciała, którym one towarzyszą, z drugiej strony zaś można pokusić się o zarys psychopatologii poszczególnych chorób somatycznych⁸¹.

W niniejszej książce konsekwentnie skłaniamy się ku tej drugiej perspektywie.

Zaburzenia słuchu

Zaburzenia słuchu zalicza się do nieprawidłowości percepcyjno-motorycznych. Sprawne funkcjonowanie tego właśnie obszaru odpowiada za działanie mechanizmów zapewniających prawidłowe uczenie się, społecznienie, satysfakcjonujące życie. Jak powiada James Morrison:

funkcje percepcyjno-motoryczne odpowiadają za zdolność do przyswajania sobie informacji pochodzących z narządów zmysłów, przede wszystkim ze zmysłu wzroku, i ich wykorzystywania. Wykorzystanie ma zazwyczaj charakter motoryczny⁸².

Natomiast Tomasz Wolańczyk stwierdza, że

rozwój poznawczy dziecka niedosłyszącego lub głuchego jest odmienny niż dzieci zdrowych. Zwykle niezaburzony jest rozwój poznawczy (zabawa, myślenie symboliczne), natomiast znacznie zaburzony jest rozwój mowy, nawet u dziecka niedosłyszącego z niewielkim niedosłuchem⁸³.

Dla funkcji komunikacyjnej mowy ważna jest trafność i precyzja przy ustaleniu stopnia ubytku słuchu i czasu, w którym nastąpiło uszkodzenie. Określenie stopnia ubytku słuchu oraz wrażliwości słuchowej określa się na podstawie audiometrycznych obliczeń ograniczenia pola słuchowego, które porównuje się z polem normalnie słyszącego człowieka. Bardzo ważna jest informacja, czy osoba z wadą słuchu może odbierać dźwięki

81 T. Wolańczyk, *Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych...*, op. cit., s. 315.

82 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, op. cit., s. 538.

83 T. Wolańczyk, *Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych*, op. cit., s. 316.

mowy i jaka część pola akustycznego mowy wchodzi w zakres jej pola słuchowego. Jednym z najczęściej stosowanych podziałów porządkujących tego typu dane jest klasyfikacja opracowana przez Międzynarodowe Biuro Audiofonologii (BIAP), którą przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Klasyfikacja stopni ubytków słuchu wg BIAP

Wynik w dB	Uszkodzenie słuchu	Konsekwencje dla mowy
pow. 20–40 dB	W stopniu lekkim	Niektóre elementy mowy potocznej nie są poprawnie identyfikowane – nie jest słyszalny szept i mowa cicha z dużej odległości.
pow. 40–70 dB	W stopniu umiarkowanym (średnim)	Znaczna część dźwięków mowy potocznej nie jest słyszana.
pow. 70–90 dB	W stopniu poważnym	Słyszane są tylko dźwięki mowy o dużym natężeniu i mowa w pobliżu ucha.
pow. 90–120 dB	W stopniu głębokim	Mowa nie jest słyszana, tylko bardzo głośne dźwięki są postrzegane.
pow. 120 dB	Całkowita głuchota	Żadne dźwięki nie są odbierane.

Źródło: opracowanie własne na podstawie K. Krakowiak, *Dar języka. Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu słuchu*, Lublin 2012.

W dawnej literaturze pedagogiki specjalnej do opisu człowieka z uszkodzonym słuchem używano określeń: *gluchy* i *niedosłyszający*⁸⁴. Podział ten nawiązuje do kryterium stopnia uszkodzenia słuchu, bowiem jest on czynnikiem decydującym o poziomie opanowania języka. Nazwy te wzbudzały wiele kontrowersji. Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Edukacji Narodowej z 1993 r. w sprawie kształcenia dzieci niepełnosprawnych, wprowadzono nowe nazewnictwo: *niysłyszający* i *slabosłyszający*. Określenia te wyparły dawniej używane pojęcia. Należy jednak pamiętać, że nowa terminologia nie jest wolna od problemów na poziomie semantyki. Wielu naukowców twierdzi, że podział ten jest przydatny, ale nie

84 E. Muzyka-Furtak, *Postępowanie logopedyczne w głuchocie i niedosłuchu. Programowanie języka*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin 2015, s. 192.

do końca oddaje poziom precyzji pojęć, gdyż bazuje tylko na audiologicznym ustaleniu stopnia utraty wrażliwości słuchowej. Kazimiera Krakowiak pisze, że dużo ważniejsze jest to, czy osoba z wadą słuchu, korzystając z aparatów słuchowych, potrafi odróżnić i rozpoznać dźwięki mowy, niż to, czy osiąga w badaniu bez aparatów słuchowych wartość 70 czy 90 dB. Autorka, zarazem matka dwóch niesłyszących synów, twierdzi, że „podział powinien bazować na ustaleniu, czy i w jakim stopniu dana osoba wykorzystuje słuch w komunikowaniu się językowym”⁸⁵. Dlatego wyznaczyła ona cztery grupy osób z wadą słuchu:

- Funkcjonalnie słyszący – osoby, które wspomagając się aparatami słuchowymi, niezależnie od stopnia ubytku słuchu, słyszą w sposób pozwalający na dokładne rozpoznawanie sygnałów mowy.
- Niedosłyszący – osoby, które pomimo pozostających trudności w dokładnym słyszeniu dźwięków mowy nie rezygnują z wykorzystania zmysłu słuchu i traktują go jako dominujący w uczeniu się mowy i w komunikowaniu językowym.
- Słabosłyszący – osoby, u których dominuje percepcja wzrokowa, a słuch pełni funkcję pomocniczą, bez protezy słuchowej słyszą tylko dźwięki bardzo głośne lub nie słyszą w ogóle.
- Funkcjonalnie niesłyszący (głusi) – osoby, które nie korzystają ze słuchu podczas procesu komunikowania się z innymi.

Stosując logopedyczną typologię uszkodzeń słuchu autorstwa K. Krakowiak, można określić aktualny stan dziecka, zwykle przejściowy, który po pewnym czasie może się zmienić, gdyż mowa podlega dynamicznym zmianom rozwojowym. Na samym początku rehabilitacji dziecko może zupełnie nie odbierać dźwięków mowy, co powoduje, że zaliczane jest do grupy osób funkcjonalnie niesłyszących. Dzięki oddziaływaniom rehabilitacyjnym może jednak osiągnąć wyższy poziom umiejętności, które pozwolą zmienić jego status, np. na osobę słabosłyszącą. Istnieje duża szansa, że po długich latach rzetelnej opieki i pracy logopedycznej dziecko może zostać uznane za niedosłyszące lub funkcjonalnie słyszące⁸⁶.

Biorąc pod uwagę relację między rozwojem mowy a czasem, w którym nastąpiło uszkodzenie słuchu, rozróżniamy następujące typy uszkodzeń:

85 K. Krakowiak, *Dar języka...*, op. cit., s. 103.

86 Ibidem, s. 113.

- Głuchota prelingwalna – jeśli zaburzenie nastąpiło przed opanowaniem języka, zazwyczaj do 2–3 roku życia.
- Głuchota perilingwalna – powstała w okresie opanowania języka, w wieku 3–6 lat.
- Głuchota postlingwalna – powstała po zakończeniu rozwoju mowy, około 6 roku życia.

W przypadku głuchoty prelingwalnej porozumiewanie się językowe słowne nie wykształciło się lub kształtuje się w stopniu niewystarczającym dla prawidłowego rozumienia mowy. U dzieci, które przed uszkodzeniem słuchu przyswoiły system językowy ze wszystkimi jego podsystemami i osiągnęły umiejętność mówienia, sytuacja dla komunikacji werbalnej będzie znacznie korzystniejsza.

Dziecko z wadą słuchu posiada takie same zdolności językowe, jak słyszące dzieci. Różnica tkwi w swoistej barierze natury fonologicznej. Oznacza to, że pomimo wrodzonej zdolności do kategoryjnego odróżnienia elementów strumienia mowy, praktycznie doświadcza *afonemii* lub bardzo poważnej *dysfonemii*, tzn. nie potrafi odróżniać i rozpoznawać słyszanych głosek tak precyzyjnie, aby przypisywać im wartość językową. Ta bariera prowadzi nie tylko do trudności w rozumieniu i zaburzeniu mówienia, ale powoduje kłopoty w sprawnym czytaniu i pisaniu. Tylko długa, ciężka i czasami żmudna nauka pomoże dzieciom niesłyszącym przezwyciężyć te trudności komunikacyjne i edukacyjne.

Trudność w nabywaniu mowy u dzieci całkowicie niesłyszących polega także na tym, że nie potrafią one naśladować dźwięków wydawanych przez siebie i otoczenie. Nie odczuwają potrzeby ich powielania, przez co nie kształtują sprawności ruchowej narządów mowy⁸⁷. Zdecydowanie lepszy start mają te dzieci, u których resztki słuchowe zostały zachowane, w ich wypadku naśladowanie dźwięków będzie jedynie opóźnione w czasie.

Uszkodzony narząd słuchu powoduje, że nie ma możliwości korzystania z wzorca, jakim jest mówiące otoczenie. Stąd też nie można nauczyć się mowy w sposób naturalny – jak każdy słyszący. Nauczanie mowy przebiega w nienaturalnych warunkach poprzez ciągłe poprawianie, powtarzanie i wyjaśnianie. Sytuacje umożliwiające nabywanie kompetencji językowych w trakcie przypadkowych zdarzeń komunikacyjnych są

87 E. Domagala-Zyśk, *Metoda fonogestów w Stanach Zjednoczonych i w Polsce*, Lublin 2009, s. 20.

praktycznie niemożliwe. Z tego powodu dzieci niedosłyszące zmuszone są uczyć się języka w sposób bardziej mechaniczny i pozbawiony naturalności. Aby umożliwić takim osobom sprawny rozwój, na wczesnym etapie ich życia należy zastosować jedno z najbardziej istotnych narzędzi, czyli aparat słuchowy. Jerzy Kuczkowski oraz Łukasz Olszewski tak tłumaczą tę potrzebę:

Celem protezowania słuchu jest poprawa komunikacji werbalnej z otoczeniem oraz przeciwdziałanie deprywacji słuchowej. Zasadniczym wskazaniem do stosowania protezy słuchowej jest niewydolność socjalna słuchu, polegająca na obustronnym upośledzeniu słuchu utrudniającym porozumiewanie się z otoczeniem⁸⁸.

Jeśli zastosowanie tradycyjnych narzędzi nie przyniesie oczekiwanych rezultatów, istnieje możliwość wykorzystania bardziej nowoczesnych rozwiązań, do jakich zalicza się implanty ślimakowe. Istnieje kilka typów takich implantów, najpopularniejsze z nich to warianty ślimakowe oraz specjalne implanty umożliwiające kostne przewodnictwo dźwięku. Przeznaczone są one dla osób z głębokim i całkowitym uszkodzeniem słuchu, które nie mogą korzystać nawet z minimalnych jego resztek. O istotnej roli, jaką pełnią implanty ślimakowe piszą Henryk Skarżyński, Joanna Szuchnik oraz Małgorzata Mueller-Malesińska:

Implant stwarza realną szansę na wejście w świat dźwięków dzieciom z całkowitą głuchotą, które nie słyszały od urodzenia. Osobom, które słyszały od urodzenia, ale utraciły z różnych przyczyn słuch, daje możliwość powrotu do świata dźwięków. Wreszcie osobom niedosłyszącym, u których aparaty słuchowe nie dają zadowalających efektów, może w sposób istotny poprawić rozumienie mowy⁸⁹.

Tradycyjne aparaty słuchowe jedynie wzmacniają dźwięki, natomiast implant to elektroniczna proteza słuchu, która zastępuje nieczynne komórki słuchowe, przekazując sygnał dźwiękowy bezpośrednio do nerwu słuchowego. Dzięki temu rozwiązaniu osoby głuche mogą odbierać wrażenia słuchowe.

88 J. Kuczkowski, E. Olszewski, *Protezy słuchowe. Urządzenia tradycyjne i implanty*, [w:] *Surdologia. Teoria i praktyka*, E. Muzyka-Furtak, Gdańsk 2015, s. 44.

89 H. Skarżyński, J. Szuchnik, M. Mueller-Malesińska, *Implanty ślimakowe – rehabilitacja*, Warszawa 2004, s. 7.

Implant ślimakowy ma budowę złożoną. Składa się z części wewnętrznej i zewnętrznej. Część wewnętrzną wszczepia się operacyjnie, a zewnętrzna zostaje dołączona po zagojeniu się ran pooperacyjnych (zazwyczaj miesiąc później). Implanty przeznaczone są zarówno dla osób dorosłych, jak i dla dzieci. Istnieje możliwość wszczępienia implantu dziecku, które ukończyło pierwszy rok życia. Dzięki tak wczesnej implantacji możliwa jest naturalna stymulacja kory mózgowej, co pozwala dziecku normalnie się rozwijać.

Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych

Człowiek jest całością psychosomatyczną. Często nie można mówić o chorobach psychicznych bez uwzględnienia czynnika somatycznego, związanego z cielesnością. Zaburzenia psychiki mogą mieć podłoże somatyczne. Jedna choroba może być uwarunkowana przez drugą - to zjawisko rozpoznane naukowo. Relację między chorobami somatycznymi a psychicznymi wyjaśniają Lena Cichoń oraz Małgorzata Janas-Kozik:

Zaburzenia psychiczne u osób chorych somatycznie mogą występować przypadkowo i niezależnie (nie ma wówczas związku między zaburzeniami psychicznymi a chorobą somatyczną), mogą być wtórne do stanu somatycznego (np. zaburzenia psychiczne są wywołane tymi samymi czynnikami, co choroba somatyczna, lub spowodowane stosowanymi w schorzeniu lekami) lub być następstwem stresu spowodowanego chorobą, która np. powoduje ból, niepełnosprawność lub wpływa na jakość życia chorego⁹⁰.

Ustalenia cytowanych badaczek umożliwiły sporządzenie krótkiego i zwięzłego wykazu stanów i chorób, które w określonych okolicznościach można uznać za bezpośrednią przyczynę pewnych zaburzeń psychicznych o podłożu organicznym. Dane te zamieszczono w tabeli 3.

Dla młodego, zdrowego organizmu choroba somatyczna mogąca doprowadzić do całkowitego unieruchomienia i uzależnienia od otoczenia, byłaby stanem ekstremalnym. W niektórych przypadkach taka choroba może kończyć się nawet śmiercią.

Choroba zmienia dotychczasowe plany, cele, priorytety i narusza poczucie bezpieczeństwa w rodzinie. Może wywołać poczucie winy, np.

90 L. Cichoń, M. Janas-Kozik, *Zaburzenia psychiczne w chorobie somatycznej*, [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, red. A. Gmitrowicz, M. Janas-Kozik, Warszawa 2018, s. 286.

u rodziców, którzy obwiniają się o zignorowanie pierwszych objawów, zbyt późną reakcją czy brak starań o profesjonalną terapię. Joanna Brągoszewska oraz Anna Gralewicz piszą, że „z perspektywy psychoterapeuty istotne jest, aby nie rozpatrywać zaburzenia w kontekście winy rodziców, gdyż utrudnia to nawiązanie współpracy w ramach interwencji kryzysowej i w procesie terapii”⁹¹.

Tabela 3. Wybrane choroby i stany, które mogą być przyczyną zaburzeń psychicznych o podłożu organicznym

Zaburzenia neurorozwojowe
Choroby i zespoły o podłożu genetycznym i metabolicznym
Stan po urazach
Zatrucia (w tym używanie substancji psychoaktywnych)
Neuroinfekcje
Mózgowe porażenie dziecięce
Zaburzenia psychiczne towarzyszące chorobom somatycznym, np. reumatycznym
Stany napadowe
Wady rozwojowe układu nerwowego
Choroby demielinizacyjne
Nowotwory OUN
Choroby mózdzku

Źródło: J. Brągoszewska, A. Gralewicz, *Wpływ zaburzeń organicznych na funkcjonowanie psychiczne dziecka i jego rodziny*, [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, red. B. Remberk, Warszawa 2020, s. 120.

Przykładem choroby somatycznej o ciężkim przebiegu i dramatycznych następstwach może być choroba Heinego-Medina, zwana inaczej polio⁹². Dzięki powszechnej i obowiązkowej akcji szczepień choroba ta nie występuje w Europie po drugiej wojnie światowej, natomiast nadal

91 J. Brągoszewska, A. Gralewicz, *Wpływ zaburzeń organicznych na funkcjonowanie psychiczne dziecka i jego rodziny*, op. cit., s. 376.

92 Polio, inaczej choroba Heinego-Medina czy ostre nagminne porażenie dziecięce, to ostra wirusowa choroba zakaźna. Może przebiegać bezobjawowo albo ujawnić się pod postacią porażenia prowadzącego do paraliżu ciała, a w konsekwencji do kalectwa czy nawet śmierci. Por. M. Majewska, *Polio – choroba Heinego-Medina. Przyczyny, objawy, leczenie*, <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/choroby-zakazne/choroba-heinego-medinna-polio-przyczyny-objawy-leczenie-aa-vb-Nm-3r3k-7FLv.html> [dostęp: 4.10.2021].

spotykana jest w krajach Afryki. Ze względu na umiejscowienie zmian chorobowych wyróżnia się trzy najczęstsze postaci porażenia wywołanego przez polio: rdzeniową, mózgową i opuszkową.

Postać rdzeniowa: niesymetryczne porażenia najczęściej obejmują mięśnie kończyn dolnych, rzadziej górnych, mięśnie tułowia i mięśnie oddechowe. Porażenia te są wiotkie, co wiąże się z osłabieniem siły mięśniowej (mogą to być zarówno lekkie niedowłady, jak i porażenia całkowite).

- Postać mózgową: ta odmiana objawia się gorączką, wzmożoną pobudliwością ruchową lub sennością, zaburzeniami świadomości, sztywnością mięśni, drżeniem mięśniowym, drgawkami, czasem afazją i ataksją.
- Postać opuszkowa: porażone zostają ośrodki rdzenia przedłużonego (opuszki, w których skupione są ośrodki nerwowe odpowiedzialne za funkcje odruchowe), układ oddechowy, układ krążenia i nerwy czaszkowe. Ponadto występują liczne powikłania, takie jak zapalenie mięśnia sercowego, obrzęk płuc i zaburzenia psychiczne. Okres leczenia trwa przeciętnie około 2 lat. W tym przypadku śmiertelność wynosi 30%.

Co istotne, zachorowanie na polio na dłuższy czas może negatywnie wpływać na ludzką psychikę. Mogą pojawiać się określone typy zaburzeń, a dotyczy to zwłaszcza ludzi młodych i dzieci. J. Brągoszewska i A. Gralwicz piszą wprost, że „choroba przewlekła dziecka lub nastolatka wiąże się z większym ryzykiem pojawienia się problemów emocjonalnych, behawioralnych i zaburzeń psychicznych (w tym myśli rezygnacyjnych i samobójczych) niż w przypadku zdrowych osób”⁹³.

3. Zaburzenia psychiczne w przypadku niepełnosprawności intelektualnej

Niepełnosprawność intelektualna nie jest oficjalnie uznawana za chorobę ani zaburzenie psychiczne, mimo iż ogólnie przyjęte międzynarodowe klasyfikacje chorób i zaburzeń ICD-10 oraz DSM-5 wykazują swoiste dla tego zjawiska kryteria diagnostyczne. Niepełnosprawność intelektualna

93 Ibidem, s. 292.

oznaczona jest ponadto unikatowym kodem porządkującym. W obu dokumentach zachodzą jednak pewne różnice w postrzeganiu i nazywaniu tego rodzaju niepełnosprawności. Zostały one wyszczególnione w tabeli 4.

Tabela 4. Różnice w podejściu do niepełnosprawności intelektualnej

ICD-10	DSM-5
Upośledzenie umysłowe	Niepełnosprawność intelektualna (zaburzenia rozwoju intelektualnego)
Dominujące kryterium: funkcjonowanie poznawcze wyrażone w IQ	Dominujące kryterium: funkcjonowanie adaptacyjne (wyrażone poprzez trzy domeny – koncepcyjne, społeczne, praktyczne)
Kryterium rozwojowe	Kryterium rozwojowe

Źródło: P. Plichta, I. Jagoszewska et al., *Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z niepełnosprawnościami. Charakterystyka, specyfika edukacji i wsparcie*, Kraków 2017, s. 57.

Niepełnosprawność intelektualną w starszych klasyfikacjach uznawano za upośledzenie umysłowe, co definiowano jako stan zahamowania lub niepełnego rozwoju umysłu. Chodzi w tym wypadku o uszkodzenie umiejętności ujawniających się w okresie rozwoju i składających się na ogólny poziom inteligencji, tj. zdolności poznawczych, mowy, zdolności ruchowych i społecznych⁹⁴. Jak podają autorzy klasyfikacji, upośledzenie może wystąpić wraz z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi lub bez nich. Osoby z niepełnosprawnością umysłową mogą przejawiać szeroki zakres nieprawidłowości, a zapadalność na inne zaburzenia jest w tej grupie co najmniej trzy do czterech razy większa niż w populacji ogólnej. W ICD-10 (z późniejszą weryfikacją w ICD-11) upośledzenie umysłowe (niepełnosprawność intelektualną) oznaczono różnymi kodami z szeregu symboli: F70–F79. Każdemu kolejnemu kodowi przypisano określone treści:

1. F70 – lekki stopień upośledzenia.
2. F71 – umiarkowany stopień upośledzenia.
3. F72 – znaczny stopień upośledzenia.
4. F73 – głęboki stopień upośledzenia.
5. F78 – inne upośledzenie umysłowe.

94 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, op. cit., s. 189.

6. F79 – nieokreślone upośledzenie umysłowe.

Kierując się współwystępowaniem dodatkowych problemów w zachowaniu osoby dotkniętej omawianymi typami niepełnosprawności, zaproponowano uzupełniające obraz całości subkategorie:

1. F7x.0 – brak lub niewielki stopień zmian zachowania.
2. Fx.1 – znaczące zmiany zachowania, wymagające opieki lub/i leczenia.
3. Fx.2 – inne zmiany w zachowaniu.
4. Fx.3 – bez wymieniaania zmian w zachowaniu.

W klasyfikacji DSM-5 uwzględniono ponadto cztery stopnie takiej niepełnosprawności (w polskim tłumaczeniu diagnostycznych kryteriów nazwano je stopniami ciężkości). Można je zlokalizować za pomocą następujące kodów:

1. 317 – lekka niepełnosprawność.
2. 318 – umiarkowana niepełnosprawność.
3. 318.1 – znaczna niepełnosprawność.
4. 318.2 – głęboka niepełnosprawność.
5. 319 – nieokreślona niepełnosprawność intelektualna.

Oprócz tego dokonano również charakterystyki sposobu funkcjonowania osób o różnych stopniach niepełnosprawności, obierając za kontekst rozpatrywań określone sfery rozwojowe człowieka. Chodzi w tym wypadku o kategorie pojęciowe, społeczne oraz praktyczne:

1. Lekki stopień (łagodny)

- Sfera pojęciowa: zauważalne są zapóźnienia rozwojowe w okresie szkolnym. Pojawiają się trudności w osiągnięciu umiejętności szkolnych adekwatnych do wieku, najbardziej widoczne jest upośledzenie myślenia abstrakcyjnego i innych wyższych funkcji poznawczych.
- Sfera społeczna: osoby potrafią opanować w miarę dobrze umiejętności społeczne potrzebne do samodzielnego funkcjonowania, odgrywania ról społecznych i zawodowych. Mogą mieć jednak trudności w tworzeniu dojrzałych interakcji, komunikacji z innymi, kontrolowaniu emocji i własnego zachowania, a także w ocenie sytuacji społecznych.
- Sfera praktyczna: osoby potrafią opanować czynności samoobsługowe, mogą jednak potrzebować pomocy w bardziej skomplikowanych sytuacjach codziennych (podejmowaniu trudnych decyzji

dotyczących opieki zdrowotnej czy działań prawnych). Dorosłe osoby mogą podejmować pracę niewymagającą bardziej złożonych operacji myślowych.

2. Umiarkowany stopień

- Sfera pojęciowa: już w wieku przedszkolnym zauważalne są wolniej niż zwykle rozwijające się zdolności poznawcze oraz językowe. Osoby mogą opanować w stopniu podstawowym umiejętności czytania, pisania i liczenia, lecz czas poświęcony na ich przyswojenie rozciąga się właściwie na cały czas nauki szkolnej. Wspieranie tych osób we wszystkich dziedzinach życia szkolnego i zawodowego jest konieczne.
- Sfera społeczna: bardzo wczesnie dostrzegalne są braki w zasobie kompetencji społecznych i komunikacyjnych. Osoby te w ograniczony sposób dokonują oceny sytuacji społecznych, a także w sposób wątpliwy podejmują niemal każdą decyzję. Wsparcie w tej sferze życia jest im niezbędne.
- Sfera praktyczna: dorosłe osoby niekiedy opanowują umiejętności niezbędne do samodzielnego życia, a przede wszystkim do troszczenia się o własne potrzeby. Potrafią wykonywać proste prace domowe. Mogą być z powodzeniem zatrudniane w zawodach, które nie wymagają od nich abstrakcyjnego myślenia. Ale nawet i w takich okolicznościach wsparcie ze strony pracodawcy i współpracowników jest konieczne.

3. Znaczny stopień (ciężki)

- Sfera pojęciowa: zauważalne są duże trudności w opanowaniu najprostszych nawet umiejętności, zwłaszcza rozumienia języka pisanego, pojmowania takich kategorii, jak liczba, ilość czy czas. Osoby w takim stanie wymagają znaczącej pomocy.
- Sfera społeczna: mowa ma charakter ekspresyjny, a zasób słownictwa ograniczony jest do pojedynczych słów. Rozumienie odbieranych treści można sprowadzić właściwie do prostych komunikatów werbalnych i niewerbalnych. Cały ten proces myślowy dotyczy wyłącznie bieżących sytuacji (tu i teraz).
- Sfera praktyczna: czynności codzienne wykonywane są z pomocą innych.

4. Głęboki stopień (najcięższy)

- Sfera pojęciowa: osoby te poznają świat jedynie na poziomie sensorycznym i motorycznym. Mogą opanować niektóre umiejętności wzrokowo-przestrzenne (dopasowywanie, porządkowanie), ale znaczne zaburzenia funkcji motorycznych i czuciowych niekiedy uniemożliwiają manipulowanie przedmiotami.
- Sfera społeczna: rozumienie ograniczone jest jedynie do prostych gestów czy poleceń, a potrzeby sugerowane w sposób niewerbalny. Język nie rozwija się, przez co komunikacja werbalna jest niemożliwa. Relacje z członkami rodziny bądź dobrze znanymi osobami wydają się być dla tych osób przyjemne.
- Sfera praktyczna: istnieje całkowita zależność od innych osób we wszystkich aspektach codzienności. Funkcjonowanie, zdrowie oraz bezpieczeństwo jednostki wymagają ciągłych interwencji osób trzecich. Aktywność ograniczona jest do uczestnictwa w specjalnie zorganizowanych zajęciach, na których osoby o głębokim stopniu upośledzenia wykonują jedynie bardzo proste czynności⁹⁵.

Światowy trend zmian w terminologii dotyczącej niepełnosprawności determinuje nowe sposoby nazywania określonych schorzeń, ale przede wszystkim sugeruje zmiany w samej składni. Aby oddzielić daną cechę niepełnosprawności od osoby, która ją posiada, należy tworzyć konstrukcje syntaktyczne zawierające spójnik „z”, np. osobę niepełnosprawną trzeba zamienić na osobę z niepełnosprawnością. Ten nieskomplikowany zabieg językowy oddziela chorobę od człowieka, podkreśla jego podmiotowość i wartość. Uważa się dziś, że mylne utożsamienie nazwy dysfunkcji i samego jej nosiciela ma charakter odczłowieczający. Niepełnosprawność jest tylko jedną z wielu cech, za pomocą których można coś o człowieku powiedzieć. Z tego też powodu nie powinno się postrzegać i oceniać ludzi tylko poprzez pryzmat dotykających ich niepełnosprawności. Inną poważną zmianą w sposobie używania języka jest wyraźna tendencja do wypierania terminu „upośledzenie umysłowe” na rzecz określeń kojarzących się mniej pejoratywnie, np. „niepełnosprawność intelektualna” czy „niepełnosprawność umysłowa”⁹⁶. To ostatnie pojęcie definiuje się lapidarnie

95 E. Zasepa, *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną. Procesy Poznawcze*, op. cit., s. 128–131.

96 A. Wołowicz-Ruszkowska, *Wsparcie osób z upośledzeniem umysłowym. Podręcznik dobrych praktyk*, Warszawa 2012, s. 7–8.

jako istotne obniżenie poziomu rozwoju intelektualnego w odniesieniu do wieku.

Stopniom niepełnosprawności umysłowej przypisuje się określone wartości liczbowe w postaci punktów ilorazu inteligencji. Dane na ten temat, na podstawie ICD-10 oraz DSM-IV, zebrała i uporządkowała Beata Cytowska. W międzyczasie zmianie uległa klasyfikacja DSM IV, pojawiła się rewizja DSM V⁹⁷, i to zostało uwzględnione w tabeli 5.

Tabela 5. Zestawienie wartości liczbowych dla poszczególnych stopni niepełnosprawności intelektualnej według ICD-10 i DSM-V

Stopień niepełnosprawności	ICD-10	DSM-V
Niepełnosprawność w stopniu lekkim/lagodnym	II poziom 50–69	IQ poziom 50–55 do ok. 70
Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym	II poziom 35–49	IQ poziom 35–40 do 50–55
Niepełnosprawność w stopniu znacznym	II poziom 20–34	IQ poziom 20–25 do 35–40
Niepełnosprawność w stopniu głębokim	II poziom poniżej 20	IQ poziom 20–25

Na diagnozę możliwości rozwojowych dziecka składa się, poza statycznymi badaniami za pomocą testów, czynna obserwacja wykonywanych przez nie aktywności. Należy pamiętać, że istotą inteligencji nie jest statyczny wynik pomiarów testami, ale aktywny udział jednostki w tworzeniu tego wyniku. Diagnostyka niepełnosprawności intelektualnej opiera się na sześciu kryteriach rozpoznawczych:

1. Niedojrzałość społeczna – mniejsze umiejętności zaspokojenia swoich potrzeb i kierowania własnymi sprawami, radzenia sobie w sytuacjach społecznych.
2. Zahamowanie ogólnego rozwoju intelektualnego.
3. Okres rozwojowy jako czas powstania ograniczeń.
4. Organiczne przyczyny powstania zaburzeń.
5. Trwałość deficytów.
6. Nieodwracalność uszkodzeń.

97 *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych, DSM V*, wyd. piąte, red. wyd. polskiego P. Galecki, M. Pilecki, J. Rymaszewska, S. Sidorowicz, J. Wciórka.

Według klasyfikacji DSM-5 niepełnosprawność intelektualna obejmuje braki w zakresie poprawnego działania umysłu, a zwłaszcza trudności w rozumieniu pojęć. Oznacza to w dalszej kolejności problemy w ogólnej pragmatyce życia codziennego i społecznego. Diagnozowanie niepełnosprawności intelektualnej polega na rozpoznawaniu określonych dotyczących człowieka deficytów, które nazywa się ogólnie kryteriami diagnostycznymi. Są to kolejno:

1. Deficyty w funkcjonowaniu intelektualnym w sferach planowania, rozwiązywania problemów, myślenia abstrakcyjnego, wnioskowania.
2. Deficyty w przystosowywaniu się, powodujące niepowodzenie w obszarze społeczno-kulturowym, brak umiejętności samodzielnego funkcjonowania, odpowiedzialności za swoje życie, nieradzenie sobie z wymogami otoczenia, nieprzestrzeganie ustalonych norm w danej społeczności, trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych.
3. Deficyty intelektualne i przystosowawcze pojawiające się w okresie rozwojowym⁹⁸.

Zaburzenia psychiczne u pacjentów na przykład z zespołem Downa

Blisko połowa pacjentów z zespołem Downa do dwudziestego roku życia spełnia kryteria przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego. Najczęstsze rozpoznania to kolejno:

- zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (6–44%),
- zaburzenia ze spektrum autyzmu (5–35%),
- zaburzenia opozycyjno-buntownicze i zaburzenia zachowania (5,4%),
- zachowania agresywne (6,4%)⁹⁹.

98 M. Bonarska, *Niepełnosprawność intelektualna*, http://www.effectis.edu.pl/ckeditor/attachment_files/data/000/000/433/original/niepelnosprawnosc.pdf [dostęp: 17.12.2019].

99 M. Kreft, *Zespoły genetyczne z manifestacją psychiatryczną*, [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, red. B. Remberk, Warszawa 2020, s. 105.

4. Zaburzenia ze spektrum schizofrenii

Określenie „schizofrenia” stworzył szwajcarski psychiatra Emil Bleuler. Uczony uważał, że najbardziej charakterystyczną i dystynktywną cechą tej choroby jest „rozszczerzenie najróżniejszych funkcji psychicznych”¹⁰⁰. W niniejszym podrozdziale omówione zostaną zaburzenia, które zalicza się do tzw. spektrum schizofrenii. W języku naukowym tego typu schorzenia określa się mianem psychoz.

Osoby dotknięte psychozą w pewnym sensie nie mają kontaktu z rzeczywistością¹⁰¹. Towarzyszą temu przeróżne objawy. W pierwszej kolejności mogą to być urojenia, czyli fałszywe przekonania, których nie można wytłumaczyć w żaden racjonalny sposób. Chorzy są do tych przeświadczeń tak przywiązani, że nie ma możliwości, by ich od nich odwieść, nawet za pomocą mocnych dowodów. Istnieje kilka podstawowych typów urojeń:

- urojenia wielkościowe (przekonanie o swoim wysokim statusie);
- urojenia winy (przekonanie o popełnionym przez siebie niewybaczalnym czynie);
- urojenia zazdrości (przekonanie o niewierności partnera);
- urojenia owładnięcia (przekonanie o byciu kontrolowanym lub manipulowanym przez jakieś zewnętrzne siły);
- urojenia prześladowcze (przekonanie o byciu śledzonym i nękanym);
- urojenia zubożenia (przekonanie o własnej pauperyzacji);
- urojenia odnoszące (przekonanie o byciu w centrum uwagi, np. prasy).

Innym typem objawów, różniących się od urojeń, są omamy (inaczej halucynacje). Można je zdefiniować jako fałszywe spostrzeżenia zmysłowe występujące pod nieobecność bodźca. Osoba, która ich doświadcza, jest w pełni przytomna i czujna, ale nie ma wglądu w swoistą nierealność owego doświadczenia. Halucynacji nie należy mylić ze złudzeniami. Te ostatnie są bowiem błędnymi interpretacjami rzeczywistych bodźców zmysłowych.

100 W. Gaebel, *Schizofrenie i zaburzenia urojeniowe*, [w:] *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, op. cit., s. 89–107.

101 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 71–74.

Kolejnym objawem, który należy krótko omówić, jest tzw. mowa zdezorganizowana. Skojarzenia umysłowe osób chorych nie opierają się w tym wypadku na logice i jasności przekazu w komunikacji, ale na zjawiskach bardziej formalno-dźwiękowych, np. na rymach, grze słów, a także innych regułach ukrytych dla obserwatora i słuchacza. U osób z psychozą pojawiają się również pokrewne tej mowie zachowania zdezorganizowane, czyli czynności fizyczne sprawiające wrażenie przypadkowych, nieukierunkowanych na żaden konkretny cel.

Wszystkie wyżej wymienione nieprawidłowości psychiczne określa się mianem objawów pozytywnych, które traktuje się jak rodzaj naddatku w zwykłym, normalnym funkcjonowaniu. Obok nich pojawiają się także tzw. objawy negatywne, które sygnalizują stan zakłóceń w prawidłowym funkcjonowaniu. Można do nich zaliczyć np. zmniejszenie zakresu ekspresji emocjonalnej, zubożenie płynności mowy czy brak woli w dążeniu do czegokolwiek.

W diagnostyce schizofrenię odróżnia się od innych psychoz. Aby nie doszło do pomyłki, w badaniach stosuje się podział na cztery kategorie, dzięki którym możliwa jest identyfikacja choroby. W pierwszej kolejności ustala się rodzaj objawu psychiatrycznego, później zaś sam przebieg choroby. Na tej podstawie bada się jej następstwa, a także dokonuje ewentualnych wykluczeń. Następny podrozdział zostanie poświęcony właśnie schizofrenii.

Schizofrenia

Osoby najczęściej zapadające na schizofrenię to dwudziesto- lub trzydziestolatkowie. Problemy mogą zaczynać się albo pod koniec drugiej dekady życia, albo po przekroczeniu trzydziestego roku życia¹⁰². Podstawowe objawy schizofrenii to głównie prześladowcze urojenia oraz omamy, zwłaszcza słuchowe. Niektórzy pacjenci mogą ponadto przejawiać niespójną lub zdezorganizowaną mowę, nieprawidłowe zachowania psychoruchowe oraz objawy negatywne.

Poziom i komfort życia osoby chorej na schizofrenię zdecydowanie się obniża lub przynajmniej nie spełnia jej oczekiwań¹⁰³. Procesy myślowe

102 Ibidem, s. 80.

103 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 118–138.

są wadliwe na poziomie treści (np. przez urojenia czy ubóstwo myśli) oraz logiki (objawia się to m.in. przez drobiazgowość, rozwlekłość, neologizmy, echolalie). Postrzeganie jest zaburzone (np. przez omamy), afekt zaś nieprawidłowy (np. stępiony, płaski, labilny, nieadekwatny), poczucie własnej tożsamości można uznać za upośledzone (np. dochodzi do zatarcia granic pomiędzy „ja” a otoczeniem), a czynności motywacyjne zaburzone (np. przez obniżenie lub podwyższenie napędu). Możliwości stabilnego rozwoju kontaktów interpersonalnych są bardzo ograniczone (objawia się to np. wycofaniem z życia społecznego czy nawet agresją). Aktywność psychoruchowa jest nieprawidłowa lub zaburzona (jest albo pobudzona, albo zahamowana), a funkcjonowanie poznawcze dosyć upośledzone (np. przez takie objawy, jak myślenie nadmiernie konkretne, zaburzenia uwagi czy pamięci).

Podstawowe objawy pierwszorzędne schizofrenii opisał niemiecki psychiatra Kurt Schneider i na tego uczonego dziś powołują się najczęściej podręczniki¹⁰⁴. Najbardziej uchwytną nieprawidłowością są omamy słuchowe. Pacjent często powtarza własne myśli na głos, mówi o sobie w trzeciej osobie, nie potrafi powstrzymać się od ciągłego komentowania tego, co widzi i słyszy. Do dodatkowych dolegliwości zalicza się ponadto tzw. nasyłanie myśli, odciąganie myśli oraz rozgłaśnianie myśli, poczucie kontrolowania własnych uczuć, impulsów i działań przez obcą siłę, automatyzmy psychiczne dotyczące sfery cielesnej oraz spostrzeżenia urojeniowe.

Ryzyko zachorowania na schizofrenię dla przeciętnego człowieka wynosi jedynie 1%¹⁰⁵. Prawdopodobieństwo jest natomiast wyższe w przypadku określonych grup ryzyka. Badania dowiodły, że ludzie, którzy decydują się na potomstwo w dojrzałym wieku, są bardziej narażeni na tego typu problemy. Dotyczy to zwłaszcza ich dzieci. Potomkowie mężczyzn, którzy zdecydowali się na posiadanie dzieci w wieku 40–45 lat, są dwa do trzech razy bardziej narażone na zachorowanie.

Schizofrenia to choroba, która zaczyna się przeważnie w późnej fazie okresu dojrzewania. Statystyka dowodzi, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni zaczynają chorować najczęściej między dwudziestym a dwudziestym czwartym rokiem życia, przy czym kobietom przydarza się to

104 B.K. Puri, I.H. Treasaden, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*, op. cit., s. 149–165.

105 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, op. cit., s. 539–594.

rzadziej. Proporcje odwraca dopiero sam proces starzenia. W przypadku mężczyzn nieco już starszych, którzy ukończyli trzydziesty piąty rok życia, liczba zachorowań się zmniejsza. U kobiet natomiast ryzyko choroby wzrasta proporcjonalnie do wieku. Najczęściej wyróżnia się dwa tzw. „rzuty” choroby: najpierw koło czterdziestego, później zaś sześćdziesiątego roku życia. Stosunek proporcji zachorowań między kobietami a mężczyznami wynosi mniej więcej 1,4 do 1. Na trzech mężczyzn przypadają zatem dwie kobiety. Przebieg choroby jest łagodniejszy u kobiet, co tłumaczy się ochronną rolą żeńskich hormonów płciowych. To także wyjaśnia, dlaczego więcej przypadków zachorowań pojawia się wśród kobiet po menopauzie.

Istnieje ścisły związek między bliskością pokrewieństwa a wskaźnikiem ryzyka zachorowania na schizofrenię. U bliźnięt jednojajowych ryzyko to wynosi 100%, a w przypadku pokrewieństwa pierwszego stopnia – 50%. Wśród krewnych drugiego stopnia (rodzeństwo przyrodnie, siostrzenice, ciotki itp.) mówi się o 25%, zaś u krewnych trzeciego stopnia (kuzyni) – 12,5%. Świadczy to o dużym wpływie genów na możliwość zachorowania. Czynniki genetyczne odgrywają ważną rolę w procesie powstawania schizofrenii, przy czym nie należy tego traktować jak nieodwracalnego wyroku natury. Geny mogą bowiem „włączać się” i „wyłączać” w reakcji na zmiany zachodzące w środowisku. Zgodnie z modelem podatność – stres ryzyko wystąpienia choroby zwiększa się, gdy człowiek podlega wpływom czynników środowiskowych. Podatność genetyczna natomiast może narazić osobę chorą na większe szkody spowodowane przez te same czynniki.

Neuropsycholodzy, badając mózg osób chorych na schizofrenię, stawiają hipotezy na temat jej związku ze zmianami w neuroprzebieżności. Z jednej strony uczeni mówią o problemach w przebieżności dopaminy, której nadmiar dostrzegają w mózgach badanych, z drugiej zaś rozprawiają o analogicznych problemach w przebieżności glutaminianu, którego z kolei brakuje. Oprócz tego mówią o tzw. hipotezie serotoninowej, opartej na twierdzeniu, że u niektórych osób chorych na przewlekłą schizofrenię dochodzi do zaburzeń przemiany serotoniny (albo jej podwyższenia, albo obniżenia)¹⁰⁶. W jeszcze innej hipotezie, zwanej neurorozwojową i neurozwyrodnieniową, badacze twierdzą, że niektóre dane wskazują na

106 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 118–138.

możliwość występowania u chorych nieprawidłowej migracji neuronów w drugim trymestrze rozwoju płodowego. Część naukowców uważa natomiast, że źródłem choroby może być także wirus. Potwierdzają to pewne zmiany neuropatologiczne w mózgu oraz płynie mózgowo-rdzeniowym. Hipotezę wirusową wspierają również dane dotyczące sezonowości urodzeń chorych. Osoby urodzone zimą i wczesną wiosną chorują częściej.

Wpływ na leczenie schizofrenii oraz jej nawroty ma również niewątpliwie stabilność sytuacji rodzinnej pacjenta¹⁰⁷. Badania wskazują, że gorsze rokowania występują wśród osób, które nie mają poczucia rodzinnej wsparcia, np. otrzymują ze strony rodziców nadmierną krytykę. Wśród innych uwarunkowań schizofrenii wskazuje się też życie w mieście oraz trudności w kontaktach społecznych, związane np. z byciem imigrantem.

Koncepcje dotyczące rodziny jako źródła schizofrenii można podzielić na dwa rodzaje¹⁰⁸. Pierwsze ujęcie można określić jako klasyczne, dotyczy ono tzw. linearnych związków między zachowaniem rodziców a chorobą u dzieci. Drugi typ myślenia określa się mianem systemowego. W tym wypadku niezwykle istotne są dwa zjawiska: sprzężenie zwrotne dodatnie i ujemne oraz zasada cyrkularności.

W koncepcjach klasycznych winę za rozwój schizofrenii przypisuje się niewłaściwym zachowaniom rodziców. Chodzi w tym kontekście najczęściej o pretensje wymierzone we własne dzieci i obarczenie ich odpowiedzialnością, co sprawia, że czują się etykietyzowane. W najbardziej znanej teorii klasycznej schizofrenia opisywana jest jako „choroba braku”. Brak ten jest spowodowany przez deprivację potrzeb bezpieczeństwa i więzi ze strony matki.

Koncepcje systemowe wykraczają poza linearne rozumienie patologii i opisują szczególne typy porozumiewania się pomiędzy członkami rodziny. Przykładem takiego myślenia jest teoria trzypokoleniowej genety schizofrenii Murraya Bowena.

W wypadku nasilenia objawów schizofrenii konieczne jest hospitalizowanie chorego, szczególnie gdy zagraża on samemu sobie lub innym¹⁰⁹. Bywa, że osoby chore zabierane są do szpitala wbrew woli, ale legalność takiego posunięcia musi być uregulowana prawnie i odbywać się w myśl

107 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, op. cit., s. 539–594.

108 L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Warszawa 2011, s. 272–306.

109 A. D. Cameron, *Psychiatria*, op. cit., s. 125–132.

obowiązujących w danym kraju przepisów. Leczenie w środowisku domowym staje się możliwe, gdy stan chorego się ustabilizuje.

Podstawową środkiem przeciwdziałania schizofrenii jest farmakoterapia, w której stosuje się przeciwpsychotyczne leki pierwszej i drugiej generacji. Ważną częścią kuracji leczniczej są ponadto różne rodzaje terapii psychospołecznych, szczególnie terapia rodzinna, trening umiejętności społecznych oraz terapia poznawczo-behawioralna i wspierająca.

Przebieg leczenia ma charakter fazowy, dlatego też objawy na poszczególnych etapach terapii różnią się między sobą¹¹⁰. Pierwsza jest faza ostra, kiedy dochodzi do zaostrzenia objawów psychotycznych. Na tym etapie pacjent stanowi zagrożenie dla siebie i innych. Po fazie ostrej nadchodzi pierwsza stabilizacja. Dochodzi wtedy do wycofania się symptomatyki pozytywnej, przy jednoczesnym utrzymywaniu się objawów negatywnych. Po wstępnej stabilizacji choroba przechodzi do fazy częściowej remisji, a symptomy pozytywne oraz negatywne w sposób zauważalny zanikają. Kolejnym krokiem jest mniej lub bardziej udana reintegracja społeczna.

Istnieje wiele czynników wpływających korzystnie na rokowania w leczeniu choroby. Bardzo ważna jest płeć osoby zaburzonej (kobiety lepiej znoszą trudy schizofrenii). Nie bez znaczenia są czynniki genetyczne, np. posiadanie krewnych z chorobą dwubiegunową i o obciążeniu afektywnym. Istotny jest też wiek pacjenta, trudniej bowiem leczyć ludzi młodych. Zdecydowanie rokują ludzie, u których choroba miała nagły początek, dzięki czemu można liczyć na dobrą odpowiedź na leczenie oraz relatywnie szybkie ustąpienie objawów. Inne czynniki to np. dobre przystosowanie psychoseksualne, brak zaburzeń poznawczych oraz brak powiększenia komór mózgu¹¹¹.

W ICD-10 wyróżniono kilka typów choroby¹¹². Są to kolejno: schizofrenia paranoidalna, hebefreniczna, katatoniczna, nieodróżnicowana, rezydualna i prosta. W pierwszym wariantcie choroby w sposób szczególny nasilają się urojenia prześladowcze i omamy. W przypadku drugim pojawiają się zaburzenia związane z afektem – spłycenie, pustka oraz

110 W. Gaebel, *Schizofrenie i zaburzenia urojeniowe*, [w:] *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, op. cit., s. 89–107.

111 B. K. Puri, I. H. Treasaden, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*, op. cit., s. 149–165.

112 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, op. cit., s. 70-72.

niespójność i niedostosowanie. W typie trzecim chorobie towarzyszą objawy katatonii, takie jak osłupienie, pobudzenie, zastyganie, negatywizm, sztywność, giętkość woskowa czy też automatyzm nakazowy. Czwarty rodzaj schizofrenii jest najtrudniejszy do zdiagnozowania. Rozpoznanie choroby dokonuje się poprzez eliminację, tzn. mówi się o niej wtedy, kiedy objawów nie da się przyporządkować do innych przypadków. Piąty typ schizofrenii charakteryzuje się częstym występowaniem objawów negatywnych, takich jak spowolnienie psychoruchowe, spłycenie lub zblednięcie afektu, bierność, brak inicjatywy, zubożenie treści lub ilości wypowiedzi, słaba komunikacja niewerbalna czy też słabość pełnienia ról społecznych i troski o własne sprawy. Objawy pozytywne występują tu jedynie na początku choroby, w dalszym jej etapie już ich nie ma. W szóstym i ostatnim rodzaju schizofrenii żadne objawy pozytywne się nie pojawiają, występują wyłącznie te negatywne.

ICD-10 poucza, że istnieje kilka rodzajów samego przebiegu schizofrenii¹¹³. Są to kolejno: przebieg ciągły, epizodyczny, epizodyczny z utrwalonym deficytem oraz epizodyczny z postępującym deficytem w okresie remisji. W przebiegu ciągłym nie ma żadnych okresów remisji choroby. W przebiegu epizodycznym reemitującym ostre fazy choroby przeplatają się z okresami jej remisji. W przebiegu epizodycznym z utrwalonym deficytem występują ostre fazy przeplatane przez okresy remisji, w których jednak widać deficyt spowodowany negatywnymi objawami. W przebiegu epizodycznym z postępującym deficytem w okresie remisji owe deficyty spowodowane przez objawy negatywne są coraz głębsze z każdym następnym napadem choroby.

Schizofrenia młodzieńcza

W literaturze naukowej poświęconej zaburzeniom psychotycznym bardzo często pojawia się sformułowanie „schizofrenia u dzieci i młodzieży”, słusznie sugerujące, że jest to osobny obszar rozpoznania. Wśród dzieci choroba ta występuje niezwykle rzadko (ok. 5% wszystkich przypadków), nie oznacza to jednak, że wśród najmłodszych nie mogą pojawiać się psychozy.

113 W. Gaebel, *Schizofrenie i zaburzenia urojeniowe*, op. cit., s. 89–107.

Ze względu na wiek dziecka wyróżnia się dwie postacie schizofrenii dziecięcej:

- schizofrenia o wczesnym początku (EOS, *early onset schizophrenia*), w której choroba pojawia się przed uzyskaniem pełnoletniości;
- schizofrenia o bardzo wczesnym początku (VEOS, *very early onset schizophrenia*), gdzie do zachorowania dochodzi jeszcze wcześniej, przed ukończeniem 13. roku życia.

Za typowe objawy schizofrenii, także tej młodzieńczej, uznaje się natomiast:

- objawy psychotyczne (urojenia i omamy);
- dezorganizację myślenia, a przez to i mowy;
- występowanie nietypowych, dziwaczných zachowań;
- objawy negatywne (ubytkowe).

Wśród dzieci i młodzieży choroba wcale nie musi rozpoczynać się od nagłego wystąpienia objawów, może bowiem rozwijać się dyskretnie. Dziecko zaczyna mniej mówić, izolować się czy dziwacznie się zachowywać. Jest wycofane emocjonalnie, unika kontaktów. Schizofrenię łatwo w tym wypadku pomylić z objawami typowego nastoletniego buntu.

Diagnozowanie schizofrenii dziecięcej wiąże się z pewnymi problemami i trudnościami. Pisze o tym Irena Namysłowska:

Wobec ogromnej złożoności zjawiska, jakim jest psychoza schizofreniczna, nie udało się ustalić żadnego objawu patognomonicznego tego zaburzenia, a przy nieustalonej etiologii i patomechanizmie tego zaburzenia obecnie obowiązujące kryteria diagnostyczne pozostają kryteriami objawowymi. Rozpoznanie schizofrenii ma charakter fenomenologiczny, następuje na podstawie obserwacji i oceny przeżyć chorego, przez próbę zobiektywizowania jego subiektywnych doświadczeń¹¹⁴.

Według ICD-10 objawy schizofrenii można podzielić na kilka grup. Mają one kluczowe znaczenie w rozpoznawaniu choroby, dość często występują wspólnie, przez co nadają nieco większą moc diagnostyczną wytwórczym objawom psychotycznym różnego typu. Oto kilka przykładów:

- odsłonięcie,
- nasyłanie i zabieranie myśli i inne rodzaje wpływu na myślenie,
- echo myśli,
- urojenia oddziaływania,

114 I. Namysłowska, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa 2004, s. 307.

- urojenia owładnięcia,
- urojenia wpływu,
- głosy omamowe komentujące na bieżąco zachowanie pacjenta lub dyskutujące o nim,
- utrwalone urojenia o niedostosowanej kulturowo lub dziwacznej treści.

Zgodnie z zasadami rozpoznawania zaburzeń ustalonymi przez ICD-10 schizofrenię można rozpoznać, jeśli „specyficzne objawy psychotyczne utrzymują się przez większość czasu w ciągu jednego miesiąca lub dłużej [...]”¹¹⁵.

W ustalaniu przyczyn schizofrenii młodzieńczej naukowcy biorą pod uwagę choroby genetyczne, problemy doświadczane przez dziecko jeszcze w okresie prenatalnym, a także działanie szkodliwych czynników środowiskowych.

W odniesieniu do czynników patologizujących, pochodzących jeszcze z okresu prenatalnego, wymienia się zakażenia wewnątrzmaciczne czy stosowanie leków. Za czynniki środowiskowe, które również mogą przyczyniać się do rozwoju schorzenia, uznawane są m.in. zaniedbania rodzicielskie czy doświadczanie przemocy (zarówno ze strony dorosłych, jak i dzieci).

O udziale genów w etiologii schizofrenii młodzieńczej świadczyć może fakt, że to schorzenie częściej pojawia się u dzieci, których rodziny już wcześniej doświadczały problemów z krewnymi o zaburzeniach psychotycznych¹¹⁶.

5. Zaburzenia nastroju

Niniejszy rozdział rozpoczynamy ważnym cytatem, stanowiącym swoiste wprowadzenie do problematyki zaburzeń nastroju. Anna Z. Antosik-Wójcińska tak omawia to zagadnienie:

115 Ibidem, s. 307.

116 T. Nęcki, *Schizofrenia u dzieci. Objawy, przyczyny, leczenie i rokowania*, <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/psychiatria/schizofrenia-u-dzieci-objawy-przyczyny-leczenie-i-rokowania-aa-gnEC-qyL4-9CgY.html> [dostęp: 25.09.2021 r.].

Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 przez pojęcie zaburzeń afektywnych [zaburzeń nastroju – przyp. A.S.] należy rozumieć epizod depresyjny, zarówno ten występujący po raz pierwszy w życiu, jak i depresję nawracającą, a także chorobę afektywną dwubiegunową, w przebiegu której występują z jednej strony epizody depresyjne, z drugiej zaś epizody hipomanii/manii oraz inne typy zaburzeń nastroju, takie jak dystymia (przewlekłe, trwające co najmniej 2 lata występowanie objawów depresyjnych, o nasileniu łagodniejszym niż w przypadku klasycznej depresji endogennej) czy cyklotymia (zaburzenia afektywne polegające na utrzymujących się stale wahaniach nastroju i aktywności w postaci łagodnych epizodów subdepresji i hipomanii, które występują zamiennie¹¹⁷).

Zaburzenia nastroju, nazywane też zaburzeniami afektywnymi lub depresyjnymi, to dość pokaźne spektrum nieprawidłowości. W tabeli 6 przedstawiono dane dotyczące podstawowych przypadków zaburzeń.

Tabela 6. Kategorie diagnostyczne zaburzeń depresyjnych wg ICD-10

Kod wg ICD-10	Rozpoznanie wg ICD-10	Skrócona charakterystyka zaburzeń
F06.32	Organiczne zaburzenia depresyjne	Związek objawów depresyjnych z uszkodzeniem lub dysfunkcją OUN albo chorobą somatyczną.
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe (obecnie: epizod depresyjny)	Objawy zespołu depresyjnego występują u osoby, która wcześniej przeżyła epizod hipomaniakalny lub maniakalny.
F32	Epizod depresyjny (odmiany: łagodny, umiarkowany, epizod ciężkiej depresji bez objawów psychotycznych lub z objawami psychotycznymi)	Objawy zespołu depresyjnego utrzymują się przez co najmniej 2 tygodnie.
F33	Zaburzenia depresyjne nawracające	Powtarzające się epizody depresji.
F34.0	Cyklotymia	Trwające przez co najmniej 2 lata okresy niestabilności nastroju; łagodne epizody depresyjne na przemian z hipomanią.
F34.1	Dystymia	Trwające od co najmniej 2 lat (u dzieci i młodzieży od co najmniej roku) utrwalone depresyjne zaburzenia nastroju.
F41.2	Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane	Liczne kombinacje łagodnych objawów zaburzeń lękowych i depresyjnych.

117 A.Z. Antosik-Wójcińska, *Zaburzenia afektywne*, [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, red. B. Remberk, Warszawa 2020, s. 167.

Kod wg ICD-10	Rozpoznanie wg ICD-10	Skrócona charakterystyka zaburzeń
F43.20	Krótka reakcja depresyjna	Objaw trwający nie dłużej niż jeden miesiąc. Łagodny stan depresyjny w związku z narażeniem na określony psychospołeczny czynnik stresowy.
F43.21	Przedłużona reakcja depresyjna	Łagodny stan depresyjny w odpowiedzi na przedłużające się narażenie na stresową sytuację o czasie trwania nie przekraczającym dwóch lat.
F92.0	Depresyjne zaburzenia zachowania	Objawy depresyjne towarzyszą trwającemu od co najmniej sześciu miesięcy powtarzającemu się wzorcowi zachowań, cechującemu się naruszeniem albo podstawowych praw innych osób, albo właściwych dla wieku poważniejszych norm i reguł społecznych (np. kradzieże, wandalizm, rozmyślna przemoc fizyczna wobec ludzi i zwierząt).

Źródło: A. Brzozowska, T. Wolańczyk, *Zaburzenia nastroju u dzieci*, [w:] *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, op. cit., s. 130.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

Zaburzeniom afektywnym dwubiegunowym towarzyszą nawroty co najmniej dwóch epizodów chorobowych z wyraźnie zaburzonym nastrojem i aktywnością w postaci podwyższenia nastroju, wzmożonej energii i aktywności (manii lub hipomanii) i obniżenia nastroju, spadku energii i aktywności (depresji). Aby rozpoznanie choroby dwubiegunowej było uzasadnione, konieczne jest wystąpienie co najmniej jednego epizodu maniakalnego lub mieszanego. U dzieci nastrój zwykle nie jest podwyższony i euforyczny, lecz raczej drażliwy i ekspansywny¹¹⁸.

Do rozpoznania manii zwykle potrzebna jest obecność dodatkowych czynników. Aby diagnoza była trafna, należy stwierdzić obecność przynajmniej trzech różnych objawów z poniższej listy:

- wzmożona aktywność lub niepokój fizyczny;
- wzmożona rozmowność (potrzeba mówienia);

¹¹⁸ A. Brzozowska, T. Wolańczyk, *Zaburzenia nastroju u dzieci*, op. cit., s. 135.

- gonitwa myśli, subiektywne odczuwanie ich przyspieszenia (w hipomanii odwracalność uwagi, trudności w koncentracji);
- utrata normalnych zachowań społecznych, prowadząca do zachowań niedostosowanych do okoliczności;
- zmniejszona potrzeba snu;
- wzmożona samoocena lub poczucie wyższości;
- łatwa odwracalność lub stałe zmiany aktywności i planów;
- lekkomyślne wydatki oraz inne mało odpowiedzialne zachowania, w których brak właściwej oceny ryzyka;
- wzmożona łatwość kontaktów z innymi i brak dystansu, wzmożona energia seksualna¹¹⁹.

Aby rozpoznać epizod maniakalny, objawy powinny utrzymywać się przez większość czasu (przynajmniej przez 3 dni); zaś aby zdiagnozować manię, muszą się one utrzymywać przez co najmniej tydzień.

Do najczęściej występujących objawów choroby zalicza się m.in. nastrój drażliwy, ekspansywny (stałe „podminowanie”), wzmożoną aktywność fizyczną czy zmniejszoną potrzebę snu. Szczególną uwagę należy zwrócić na dwa objawy, których rozpoznanie umożliwia odróżnienie manii od np. zespołu nadpobudliwości psychoruchowej lub opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania. Chodzi mianowicie o występowanie gonitwy myśli lub niezwykle nasilonych zaburzeń uwagi (postrzeganych przez dziecko jako nowe, niezwykle i zaburzające) oraz wzmożona samoocena, przekonanie o własnej wielkości, negowanie uwarunkowań społecznych („nic mi nie zrobią”, „ja sobie ze wszystkim poradzę”, „jestem najsilniejszy”).

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe u dzieci często przebiega z szybką zmianą faz. Są to krótkie, występujące po sobie lub przenikające się epizody depresyjne i maniakalne¹²⁰.

Wyróżnia się następujące typy choroby afektywnej dwubiegunowej:

- Typ I: pełnobjawowe epizody maniakalne wymagające hospitalizacji, często z towarzyszącymi objawami psychotycznymi (urojenia, omamy), a nawet z cechami zaburzeń świadomości (na szczycie manii).

119 Ibidem, s. 135.

120 Ibidem, s. 136.

- Typ II: epizody maniakalne o łagodnym bądź umiarkowanym nasileniu, niewymagające hospitalizacji.
- Typ III: krótkotrwały epizod hipomanii pojawiający się w trakcie leczenia depresji lekami przeciwdepresyjnymi¹²¹.

W leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej stosuje się zarówno farmakoterapię, jak i oddziaływanie psychoterapeutyczne. Ważne są też interwencje psychospołeczne, najczęściej prowadzone w szkole czy w samej rodzinie. Psychoedukacja ma na celu pomoc pacjentowi w rozpoznawaniu epizodów choroby oraz zaakceptowanie wiążących się z nią ograniczeń. Rozpoczęcie leczenia ma duże znaczenie, jako że zapobieganie nawrotom umożliwia większości dzieci prawidłowe funkcjonowanie społeczne, rozwój intelektualny i emocjonalny.

6. Zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsywne, związane z traumą i stresem oraz zaburzenia dysocjacyjne

Kluczowym czynnikiem wpływającym na pojawienie się wielu zaburzeń jest przeżyta przez człowieka trauma. W niniejszym rozdziale omówione zostaną najbardziej znamienne przypadki takich nieprawidłowości, a mianowicie zespół ostrego stresu (ASD – *acute stress disorder*), porażkowe zaburzenie stresowe (PTSD – *posttraumatic stress disorder*) oraz KZ-syndrom (*concentration camp syndrome*) albo inaczej syndrom ocalałego.

Zaburzenie ostrego stresu ASD

W wieloletniej praktyce terapeutycznej nazywano to zaburzenie „nerwicą frontową”¹²², co łatwo zrozumieć, jeśli wziąć pod uwagę uwarunkowania historyczne. Pierwsze wzmianki o tym schorzeniu pojawiły się tuż po amerykańskiej wojnie secesyjnej. Według historyków najważniejszą datą

121 A.Z. Antosik-Wójcińska, *Zaburzenia afektywne*, [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, red. B. Remberk, Warszawa 2020, s. 173.

122 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 250–252.

w historii choroby jest rok 1865. Dzisiaj natomiast ASD, według statystyk, może dotyczyć ok. 20% populacji. Podstawowe jego objawy to:

- ekspozycja na wydarzenie, które zagraża integralności cielesnej,
- ponowne przeżywanie tego wydarzenia,
- unikanie bodźców z nim związanych,
- negatywne zmiany nastroju i myślenia,
- wzmożone pobudzenie i reaktywność,
- cierpienie lub ograniczenie funkcjonowania.

Objawy pojawiają się właściwie tuż po traumatycznym doświadczeniu. Muszą się jednak utrzymywać przez przynajmniej 3 dni, aby możliwe było postawienie skutecznej diagnozy. Utrzymują się około miesiąca. Jeśli nie ustępują, dalsze rozpoznanie zmierza już w kierunku PTSD. Dla ASD charakterystyczne są również objawy dysocjacyjne, takie jak subiektywne poczucie odrętwienia, dystansu, braku emocjonalnej reaktywności, ograniczenie świadomości otoczenia, derealizacja, depersonalizacja oraz amnezja dysocjacyjna¹²³. ICD-10 wskazuje, że forma zaburzenia może być łagodna, umiarkowana lub ciężka¹²⁴. Łagodne zaburzenia lękowe uwarunkowane są pojawieniem się tzw. objawów wzbudzenia autonomicznego, na które składają się przyspieszone bicie serca, pocenie się czy też drgawki. Obok pojawiają się również objawy z obszaru klatki piersiowej lub brzucha, a także problemy psychiczne, m.in. zawroty głowy, poczucie nierealności, obawa utraty kontroli czy obawa przed śmiercią. Mogą się ponadto ujawnić objawy ogólne, takie jak uderzenia gorąca, zimne dreszcze czy poczucie drętwienia, a obok nich także poczucie napięcia oraz objawy niespecyficzne, jak chociażby wzmożona reakcja na zaskoczenie i przestkach, trudności w koncentracji, stała drażliwość i trudności w zasypianiu.

W przypadku formy umiarkowanej występują kryteria uogólnionego zaburzenia lękowego oraz dwa objawy spośród niżej wymienionych:

- wycofanie z oczekiwanej interakcji społecznej,
- zawężenie uwagi,
- wyraźna dezorientacja,
- gniew i agresja słowna,

123 R.A. Bryant, A.G. Harvey, *Zespół ostrego stresu*, przeł. J. Suchecki, Warszawa 2003, s. 75–81.

124 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, op. cit., s. 96.

- rozpacz lub poczucie braku nadziei,
- aktywność niedostosowana lub bezcelowa,
- żaloba wymykająca się spod kontroli.

Jeśli stresor jest przemijający, objawy zmniejszają się nie później niż po ośmiu godzinach. Jeżeli narażenie się utrzymuje, do złagodzenia dochodzi nie później niż po czterdziestu ośmiu godzinach.

W przypadku wystąpienia ciężkiej formy zaburzenia pojawiają się objawy uogólnionego zaburzenia lękowego oraz cztery objawy z listy wyżej wymienionej. Oprócz tego może też wystąpić osłupienie dysocjacyjne.

W diagnozowaniu ASD ważne jest rozpoznanie cechy dystynktywnej tego zaburzenia. Umożliwia to odpowiednio wczesną interwencję i zapobiegnięcie pojawienia się PTSD¹²⁵. W leczeniu tego zaburzenia pomocna jest terapia behawioralno-poznawcza, najczęściej bodaj stosowana. Terapeuci chętnie wykorzystują technikę systematycznej desensytyzacji, która polega na łączeniu wyobrażeń budzących strach z relaksacją. Wymaga to od osoby kontaktu z bodźcami w porządku hierarchicznym – od najmniej do najbardziej stresujących. Innymi stosowanymi metodami terapii są te polegające na ekspozycji. Mogą one przybierać formę wyobrażeniową lub tzw. *in vivo*. Ta druga wymaga od osoby pozostania w kontakcie z prawdziwymi bodźcami. Forma wyobrażeniowa związana jest z przywoływaniem wspomnień i przypominaniem sobie zdarzenia urazu.

W terapii ASD można stosować również techniki poznawcze. U podstaw tej metody leży założenie, że ludzie wytwarzają przesadne przekonania na temat własnej podatności na doznanie krzywdy. Z tego powodu dochodzi do swoistego przecenienia wpływu zdarzeń negatywnych. Terapia pomaga przepracować tego rodzaju przeświadczenia.

Jednym z wariantów techniki ekspozycji jest desensytyzacja i przetwarzanie przy udziale ruchu oczu. Osoba skupia uwagę na traumatycznym wydarzeniu i wodzi jednocześnie wzrokiem za palcem, który przesuwają terapeuta w polu widzenia osoby. Podejście to ma pewną skuteczność potwierdzoną doświadczeniami, jednak jest krytykowane przez wielu uczonych z powodu zastrzeżeń metodologicznych, a także wątpliwości natury etycznej.

Do metod terapeutycznych w leczeniu ASD zalicza się też techniki opanowywania lęku. Jest to zespół ćwiczeń związanych z psychoedukacją,

125 R.A. Bryant, A.G. Harvey, *Zespół ostrego stresu*, op. cit., s. 75–81.

relaksacją, powstrzymywaniem myśli oraz mowy wewnętrznej. Czasami stosuje się także tzw. terapie kombinowane, na które składają się edukacja, trening relaksacji, ekspozycja, terapia poznawcza oraz planowanie zdarzeń przyjemnych.

Zaburzenie posttraumatyczne PTSD

Historia badań naukowych nad syndromem PTSD jest długa, sięga aż do amerykańskiej wojny secesyjnej¹²⁶. Prekursorem tych badań był Jacob Mendes Da Costa. Uczony opisywał zależność pomiędzy przeżywaniem nadmiernych emocji a pojawieniem się u osoby chorej takich kardiologicznych objawów, jak palpacje serca, bóle w klatce piersiowej, tachykardia, nudności czy zaburzenia snu. Zainteresowanie naukowe PTSD wzrosło po raz kolejny podczas pierwszej wojny światowej. Częstotliwość zaburzenia zaskoczyła wtedy swoimi rozmiarami, gdyż PTSD wystąpiło u około 7–10% oficerów oraz 3–4% pozostałych żołnierzy. Druga wojna światowa przyniosła następne odkrycia, pojawiły się kolejne dowody świadczące o wpływie stresu bojowego na pojawienie się zaburzeń u żołnierzy. Roy Grinker i John Spiegel zbadali to zjawisko i zinterpretowali jako reakcję na stres w trakcie walki; najbardziej wyraźnie objawy zauważano wśród amerykańskich pilotów.

Wykazu ofiar PTSD nie można jednak ograniczyć jedynie do żołnierzy. Erich Lindermann zajął się osobami głęboko przeżywającymi utratę najbliższych w wyniku wypadku lub działań wojennych. Po drugiej wojnie światowej zainteresowanie syndromem wzrosło po raz kolejny w latach 60. i 70. XX wieku. Z jednej strony było związane z badaniem ofiar holocaustu i jako takie wiązało się często z omawianym w kolejnym podrozdziale – KZ-syndromem; z drugiej zaś strony zainteresowanie uczonych wzbudzały problemy psychiczne żołnierzy powracających z wojny w Wietnamie. W roku 1980 zaburzenie zostało wprowadzone do *Podręcznika diagnostycznego i statystycznego DSM-III*. Nie rozstrzygnęło to jednak sporów i dyskusji na temat istnienia samego syndromu¹²⁷. Do dziś niektórzy uczeni uważają, że PTSD jest jedynie naturalną reakcją na

126 B. Dudek, *Zaburzenia po stresie traumatycznym*, Gdańsk 2003, s. 11–14.

127 R.J. McNally, *Conceptual Problems with the DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder*, [w:] *Posttraumatic Stress Disorder. Issues and Controversies*, red. G. M. Rosen, West Sussex 2004, s. 1–14.

konkretne traumatyczne wydarzenie. Są też i tacy, którzy uznają to zaburzenie za konstrukt społeczny, będący wypadkową międzyludzkich interakcji, w mniejszym zaś stopniu biologii.

Główną przyczyną wystąpienia objawów PTSD jest bezpośrednie doświadczenie czyjejś śmierci. W mniej radykalnych przypadkach schorzenie może zostać wywołane przez samo zagrożenie fizycznej integralności własnej osoby lub innych¹²⁸. Pacjenci przeżywają to traumatyczne wydarzenie w pewnym sensie wielokrotnie, ponieważ wraca ono do nich w koszmarach, niepokojących marzeniach sennych, natrętnych wyobrażeniach czy w tzw. dysocjacyjnych *flashbackach*. Wspomnienia traumy mogą powodować reakcje na poziomie fizjologicznym, np. przyspieszenie bicia serca czy nawet duszności. Cierpienie emocjonalne tych osób jest jak najbardziej autentyczne.

Osoby z PTSD bardzo często stosują metodę unikania przerażających bodźców, które mogłyby ponownie uruchomić mechanizm przeżywania traumy. Polega to na swoistym wyparciu ze świadomości wszelkich myśli i wspomnień, które mogłyby przypominać o tamtych wydarzeniach. Osoby te unikają np. telewizji, nie chcą oglądać filmów, nie chcą nawet czytać czegokolwiek, co przypominałoby im o przeżytej traumie.

PTSD determinuje pesymistyczne myślenie. Ludziom dotkniętym tym zaburzeniem stale towarzyszy negatywny nastrój i ponure myśli. Tracą oni zainteresowanie ważnymi zajęciami. Czują obojętność wobec innych ludzi. Niektórzy doświadczają amnezji dotyczącej pewnych aspektów traumy. Inni popadają w odrętwienie, trudno im doświadczać miłości czy nawet prostej radości.

Pacjenci doświadczają ponadto objawów nadmiernego pobudzenia, m.in. drażliwości, nadmiernej czujności, problemów z koncentracją, bezsenności, nasilonej reakcji przestraszenia. Dolegliwości występują od jednego do sześciu miesięcy po traumatycznym doświadczeniu¹²⁹.

Leczenie PTSD przeprowadza się głównie za pomocą terapii¹³⁰. Istnieje jednak także zaprojektowana profilaktyka choroby, a więc swoista metoda jej zapobiegania. Jeff Mitchaell z University of Maryland

128 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 246.

129 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, op. cit., s. 96–97.

130 B. Dudek, *Zaburzenia po stresie traumatycznym*, op. cit., s. 67–75.

opracował model pracy zespołowej, nazywany *Critical Incident Stress Debriefing Team*; praca takiego zespołu polega na wyprzedzającym i prewencyjnym przeciwdziałaniu PTSD. Do zespołu prowadzącego badania należą lekarz, pielęgniarka, psycholog oraz osoby zatrudnione w instytucjach ratowniczych. Przeciętnie zespół liczy ok. 20–40 osób. Jedna trzecia z nich to profesjonaliści zajmujący się służbą zdrowia. W obrębie grupy tworzone są mniejsze, czteroosobowe zespoły podejmujące konkretne zadania. Za kierowanie każdą taką małą grupką odpowiadają specjaliści medyczni. Głównym zadaniem całego zespołu jest przygotowanie personelu służb ratowniczych do radzenia sobie ze stresem towarzyszącym wykonywaniu obowiązków oraz wspomaganie pracowników, u których już wystąpiły pierwsze negatywne objawy. Do dodatkowych aktywności zespołu można zaliczyć propagowanie wiedzy na temat stresu i sposobów jego zwalczania. Bardzo ważne w działalności grup jest podejmowanie tzw. programów prewencyjnych nastawionych na redukcję stresu chronicznego. Polega to na błyskawicznej interwencji w sytuacji, gdy nastąpi zdarzenie traumatyczne; w ciągu 24–72 godzin organizowany jest tzw. *debriefing*. Ma on charakter fazowy. W pierwszej fazie wstępnie informuje się uczestników o dobrowolności i poufności uczestnictwa. W fazie drugiej, nazywanej też fazą faktów, dochodzi do ustalenia prymarnych źródeł schorzenia; uczestnicy opowiadają o zdarzeniach, które ich spotkały. Faza trzecia to czas ujawniania symptomów; uczestnicy rozmawiają o doświadczeniach najbardziej stymulujących stres. W kolejnej fazie podejmowana jest próba wywarcia wpływu na uczestników za pomocą udzielanych im informacji na temat radzenia sobie ze stresem. W fazie ostatniej dochodzi do swego rodzaju wymiany myśli – dominują przede wszystkim pytania, komentarze oraz ewentualne dopowiedzenia. Tego rodzaju *debriefing* powinien być organizowany w określonych okolicznościach, głównie w sytuacjach, gdy u wielu ratowników pojawiają się symptomy stresu, któremu towarzyszą silne objawy, a sposób zachowania poszkodowanych ulega zmianie. Istotnym kryterium jest stwierdzenie, że przeżyte zdarzenie było nadzwyczajne, a sygnały świadczące o przeżywanym stresie utrzymują się przez ponad trzy tygodnie. Niekiedy sami ratownicy proszą o pomoc.

Istnieje jeszcze inny sposób przeciwdziałania PTSD. Nazywa się go Modelem Interwencji Kryzysowej Bravera. Podstawowym założeniem tej metody jest konstatacja, że w zdarzeniu traumatycznym ludzie

ujawniają charakterystyczne dla siebie reakcje i symptomy oraz że aby osłabić konsekwencje doświadczonego zdarzenia, trzeba stworzyć pracownikom możliwość uzyskania wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. Dodatkowym czynnikiem jest ponadto fakt, że w miejscu pracy mogą istnieć swoiste przeciwności, które utrudniają pracownikom skuteczny powrót do obowiązków. Z tego powodu decyzja o interwencji kryzysowej powinna zapaść w ciągu dwunastu godzin od pojawienia się zdarzenia traumatycznego. W ramach profilaktyki odbywają się spotkania z grupami pracowników szczególnie narażonych, a osobno – indywidualne poradnictwo kryzysowe. Na bieżąco dokonywana jest ocena działań antykryzysowych.

W obszarze działań wspomagających radzenie sobie z PTSD prowadzona jest również psychoedukacja; pozwala ona zdobyć informacje potrzebne do skutecznego przeciwdziałania schorzeniu¹³¹. Psychoedukacja ukierunkowana jest na sferę przeżyć emocjonalnych pacjentów; w tym kontekście bardzo potrzebna jest redukcja cierpienia i trening regulacji afektu. Dlatego dokonuje się tzw. interwencji poznawczych oraz stosuje się metody przetwarzania emocjonalnego. Celem takich działań jest zwiększenie poczucia tożsamości i poprawa funkcjonowania w relacjach międzyludzkich. Cały proces jest dość długotrwały, wymaga zastosowania psychofarmakologii i terapii długoterminowej.

Niektórzy badacze uważają, że diagnoza PTSD nie zawsze spełnia warunki właściwego rozpoznania chorób posttraumatycznych. Postuluje się wprowadzenie przeróżnych wariantów tego zaburzenia. W literaturze pojawił się pomysł diagnozowania tzw. Complex-PTSD (C-PTSD), określanego jako złożone PTSD albo jako „zaburzenie skrajnego stresu, inaczej niesklasyfikowane”, czyli DESNOS (*disorder of extreme stress, not otherwise specified*)¹³². Syndrom ten opisywany jest jako następstwo długotrwałych traum o charakterze najczęściej interpersonalnym. Przyczyną zaburzenia może być zarówno przeżycie tortur, jak i sytuacja długotrwałego uwięzienia czy też chroniczna przemoc wewnątrzrodzinna. Do grona osób szczególnie narażonych należą ofiary handlu ludźmi, uchodźcy,

131 J. Briere, C. Scott, *Podstawy terapii traumy*, przeł. P. Nowak, Warszawa 2010, s. 106–253.

132 Ibidem, s. 46–47.

osoby prześladowane na tle rasowym, religijnym lub innym¹³³, ale także ci, którzy w wyniku przewlekłej choroby doświadczyli długiego i bolesnego leczenia¹³⁴.

Do objawów C-PTSD zalicza się najczęściej zaburzenia w regulacji afektu, np. myśli samobójcze, samouszkodzenia, napady lęku, kompulsywne zachowania seksualne oraz zahamowania seksualne. Obok wyżej wymienionych symptomów wyróżnia się też zaburzenia świadomości, np. amnezja traumy, dysocjacja, derealizacja oraz luminacje. Nieprawidłowości pojawiają się także w kontekście zaburzeń postrzegania siebie, np. paraliż inicjatywy, poczucie bycia winnym, poczucie bycia innym oraz poczucie bycia naznaczonym. Spośród objawów związanych z zaburzeniami w postrzeganiu prześladowcy można natomiast wymienić np. zaabsorbowanie relacją z nim, nierealistyczne postrzeganie jego siły, idealizację jego osoby, poczucie specjalnej z nim relacji oraz racjonalizację prześladowania. Do zaburzeń relacji z innymi można zaś zaliczyć np. zniszczenie intymnych relacji, stale powtarzające się poszukiwanie zbawcy, upartą nieufność oraz zaniedbania w samoopiece. Osobno można wymienić także takie symptomy, jak zaburzenia w samouspokojeniu, czyli porzucenie podtrzymywania wiary oraz poczucie beznadziejności i desperacji.

Badania wykazują, że osoby doświadczające przemocy seksualnej mają w istotnym stopniu wyższy poziom zaburzeń C-PTSD¹³⁵. Istnieje mocna korelacja pomiędzy doświadczeniem przemocy seksualnej w dzieciństwie a nasileniem objawów wskazujących na C-PTSD.

W leczeniu C-PTSD stosuje się podobne metody, jak w przypadku innych zaburzeń posttraumatycznych¹³⁶. Zwykle przebiega ono trzyetapowo. Pierwszy krok to stworzenie warunków do odzyskiwania poczucia bezpieczeństwa, stabilizacji oraz uregulowania afektu. W kroku drugim

133 J. Rittenhouse, *Using Eye Movement Desensitization and Reprocessing to Treat Complex PTSD in a Bicultural Client*, „Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology” 2000, nr 4, s. 399–408.

134 Ch.A. Courtois, *Complex Trauma, Complex Reaction. Assessment and Treatment*, „Psychological Trauma Theory, Research, Practice and Policy” 2008, nr 1, s. 86–100.

135 A. Seredyńska, *C-PTSD u pacjentów z historią przemocy wewnątrzrodzinnej*, [w:] *W labiryncie wychowania*, red. B. Stańkowski, M. Szpringer, Kraków 2013, s. 263–287; eadem, *Complex-PTSD i zaburzenie osobowości z pogranicza w diagnozie osób z doświadczeniem przemocy w dzieciństwie*, [w:] *Wspomaganie funkcjonowania psychospołecznego osób z niepełnosprawnością*, red. B. Grochmal-Bach, M. Alberska, A. Grzebinoga, Kraków 2012, s. 139–161.

136 Ch.A. Courtois, *Complex Trauma, Complex Reaction. Assessment and Treatment*, op. cit., s. 86–100.

następuje ujawnienie i przepracowanie urazu. W kroku trzecim dochodzi do wzrostu pewności siebie i rozbudowania umiejętności koniecznych do radzenia sobie samodzielnie w dalszym życiu. Metoda trzech kroków nie jest jedynym sposobem leczenia, innym przykładem takiej procedury jest tzw. przyspieszona eksperymentalna psychoterapia dynamiczna¹³⁷. W jej trakcie terapeuta umożliwia pacjentowi przepracowanie własnej traumy za pomocą trzech zasadniczych kroków: pracy nad efektami swoich działań, pracy z poczuciem alienacji i umysłowej klęski oraz pracy nad poczuciem tożsamości.

Zaburzenie ocalałego

Po drugiej wojnie światowej zaczęto mówić o nowym syndromie posttraumatycznym, związanym z tragicznymi przeżyciami osób, które bezpośrednio doświadczyły zbrodni Holocaustu oraz pobytu w obozach koncentracyjnych. Nadano mu charakterystyczną nazwę: KZ-syndrom (*Konzentrationslager Syndrome*). Antoni Kępiński (psychiatra, więzień obozu koncentracyjnego) pisząc o badaniach podjętych przez Klinikę Psychiatryczną oraz Klinikę Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Krakowie stwierdza, że ludzie badani przez niego byli „inni”. Gdy mówili o pobycie w obozie, oczy im błyszczały, stawali się jakby młodszy, a wszystko, co przeżyli, stawało się dla nich znowu świeże i żywe¹³⁸. Nie umieli się wyrwać z tych wspomnień o największym upodleniu, ale też o największej ludzkiej szlachetności. W obozie odkrywali prawdę o człowieku, o innych i o sobie samych.

Pacjenci z KZ-syndrom odczuwają obcość wobec świata i innych ludzi, a już szczególnie tych, którzy sami nie mają podobnych doświadczeń obozowych¹³⁹. Osoby te często lękają się samych siebie, nie mają do siebie zaufania, przeżywają liczne objawy somatyczne związane z najróżniejszymi chorobami. Obóz na stałe wpłynął na psychikę ocalałych, co objawia się np. poobozową zmianą osobowości, trudnością adaptowania się do normalnego życia, zmianą zasadniczych postaw życiowych i hierarchii

137 C. Gleiser, J.D. Ford, *Contrasting Exposure and Experiential Therapies for Complex Posttraumatic Stress Disorder*, „Psychological Trauma Theory, Research, Practice and Policy” 2008, nr 3, s. 340–360.

138 A. Kępiński, *Rytm życia*, Kraków 1972, s. 92–93.

139 Ibidem, s. 92–106.

wartości, uznawaniem obozu za ostateczny układ odniesienia, snami obozowymi czy hipermnezjami obozowymi (czyli flashbackami z życia obozowego). Kępiński uporządkował objawy związane z KZ-syndromem, układając je w trzy zasadnicze grupy. Pierwsza z nich to ogólna dynamika życiowa określana jako nastrój, druga to stosunek do ludzi, a trzecia – zdolności hamowania.

KZ-syndrom we współczesnym języku naukowym nazywany jest także syndromem posttraumatycznym ocalałego¹⁴⁰. Można wyróżnić szereg cech tego zaburzenia:

- intruzja śmierci, tj. wdzieranie się w bieżące życie obrazu śmierci nieakceptowanej;
- poczucie winy, że samemu się ocalało, kiedy inni zginęli;
- psychiczne odrętwienie, a więc zmniejszona zdolność do odczuwania;
- podejrzliwość i nieukierunkowany gniew, co przejawia się osłabionymi związkami z innymi ludźmi przy jednoczesnym pragnieniu wsparcia i opieki;
- sformułowanie nowego sensu i znaczenia istnienia, przez co rozumieć należy wewnętrzne poczucie przerwania ciągłości linii życia.

W leczeniu syndromu ocalałego stosowano różne metody, głównie psychiatryczne oraz psychofarmakologię. Wyjątkiem od tego reguły jest metoda stworzona przez Wandę Póltawską, znaną lekarzkę psychiatrę, była więźniarką obozu Ravensbrück. Podstawą teoretyczną metody jest książka wspomnieniowa Póltawskiej pt. *I boję się snów*, opublikowana w 1962 roku¹⁴¹. Autorka napisała wspomnienia, które same w sobie okazały się rodzajem terapii. Metoda okazała się skuteczna – koszmary senne, które męczyły ocalałą przez wiele lat po wyzwoleniu z obozu, ustąpiły dopiero wtedy, gdy je spisała. W ten sposób doszło do przepracowania i oswojenia problemu.

140 L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, op. cit., s. 380.

141 W. Póltawska, *I boję się snów...*, Kraków 1993, s. 6.

7. Zaburzenia odżywiania się oraz wydalania

Zaburzenia karmienia i odżywiania to nieprawidłowe zachowania związane z czynnością jedzenia. Anoreksja psychiczna występuje rzadziej niż bulimia, ale obie są jeszcze rzadsze niż tzw. napadowe objadanie się. Trzy pozostałe zaburzenia wymieniane w DSM-5, czyli zespół Pica, zaburzenie przeżuwania oraz zaburzenie unikania lub ograniczania przyjmowania pokarmów, występowały w DSM-4 w części poświęconej problemom rozpoznawanym w okresie dzieciństwa i adolescencji¹⁴². Anoreksja psychiczna omówiona zostanie szerzej i dokładniej w dalszej części książki, w tym ustępie krótko omówimy pozostałe zaburzenia.

Bulimia psychiczna polega na łapczym pochłanianiu pożywienia w ilości znacznie wykraczającej poza przyjęte i zalecane normy¹⁴³. Jest to zachowanie niekontrolowane, które prowadzi do wymiotów. Oprócz tego wywołuje ono poczucie wstydu u osoby chorej, przez co powoduje osamotnienie. Bulimia nie powoduje co prawda zniekształconego obrazu własnego ciała, prowadzi jednak do bardzo zaniżonej samooceny własnego wyglądu. Wspomniane wyżej wymioty należą do tzw. zachowań kompensacyjnych pozwalających zachować stałą masę ciała. Innym sposobem na uniknięcie tycia jest nadmierny wysiłek fizyczny, a także nadużywanie środków przeczyszczających lub innych leków.

Napadowe objadanie się polega na spożywaniu ogromnej ilości jedzenia oraz poczuciu utraty kontroli nad własnymi zachowaniami żywieniowymi¹⁴⁴. To najczęściej występujący typ zaburzeń odżywiania się. Dotyczy ok. 2% dorosłych i 1% adolescentów, częściej kobiet niż mężczyzn. Warto też dodać, że pacjenci nie mają jakichś specyficznych zachcianek, a ich upodobania mogą zmieniać się w czasie.

Zespół Pica to odnotowywane głównie u dzieci zaburzenie wywołwane spożyciem niejadalnych substancji¹⁴⁵, np. ziemi, kredy, gipsu, mydła, papieru czy nawet sporadycznie odchodów. Zespół Pica wiąże się przeważnie z niedoborem żelaza, choć nie tylko.

142 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 306–307.

143 Ibidem, s. 311–312.

144 Ibidem, s. 315.

145 Ibidem, s. 319.

Zaburzenie przeżuwania, zwane też zespołem przeżuwania, to nieprawidłowość polegająca na mimowolnym cofaniu się do jamy ustnej jedzenia, które zostało już połknięte, i ponownym jego przeżuwaniu. Taki pokarm najczęściej jest ponownie połykany, bywa jednak, że jest wypluwany, co naraża osobę tak postępującą na niedożywienie. Zaburzenie występuje najczęściej wśród dzieci¹⁴⁶, a już zwłaszcza u niemowląt, które zaczynają przyjmować stały pokarm. Dotyczy to szczególnie chłopców. Za przyczynę schorzenia uznaje się albo pochodną refluksu żołądkowo-przełykowego, albo zaburzenie relacji matka–dziecko i chęć wzmacniania uwagi, którą dziecko przyciąga tego rodzaju zachowaniami. Istotną informacją jest ponadto fakt, że 6–10% przypadków zaburzeń przeżuwania dotyczy osób z niepełnosprawnością intelektualną, które zamieszkują zakłady opiekuńcze.

Niektóre dzieci doświadczają też zaburzeń z unikaniem lub ograniczeniem przyjmowania pokarmu, które inaczej nazywa się zaburzeniami karmienia w niemowlęctwie lub wczesnym dzieciństwie¹⁴⁷. Często zarzewiem problemów jest konflikt dziecka i rodziców dotyczący jedzenia. Inną przyczyną może być też znęcanie się lub zaniedbanie. Zdecydowana większość przypadków jest prawdopodobnie zdeterminowana problemami o charakterze somatycznym, np. fizyczną przeszkodą utrudniającą czynność żucia i połknięcia albo swoista nadwrażliwość na jakieś aspekty pożywienia. Niektóre dzieci nie jedzą, gdyż zasadniczo nie dbają o własne wyżywienie, dla innych niektóre pokarmy są po prostu niesmaczne, albo nie jedzą z powodu jakiegoś nieprzyjemnego doświadczenia, np. zakrzuszenia podczas posiłku.

Bardzo dziś rozpowszechnionym zaburzeniem odżywiania jest otyłość¹⁴⁸. Na płaszczyźnie klinicznej definiowana jest jako stan, w którym ciężar ciała jest co najmniej o 20% wyższy od średniej dla danego wzrostu. Zagrożeniem dla życia jest przekroczenie o 60% takiej średniej. Rozróżnia się otyłość pierwotną oraz wtórną. Pediatrizy wymieniają też osobno otyłość hiperplastyczną (tworzy się w pierwszych latach życia, gdy liczba komórek tłuszczowych jest nadmierna); otyłość hipertroficzną (kiedy liczba komórek tłuszczowych jest normalna, ale ich rozmiar jest większy)

146 Ibidem, s. 320–321.

147 Ibidem, s. 322.

148 D. Marcelli, *Psychopatologia wieku dziecięcego*, przeł. E. Bielańska, Wrocław 2013, s. 137–139.

oraz otyłość mieszaną. Bywa, że otyłość spowodowana jest przez ataki bulimiczne dziecka, zdecydowanie częściej jednak determinuje ją atmosfera w rodzinie.

Przyczyny otyłości są różne, można wyróżnić przynajmniej kilka głównych czynników¹⁴⁹. Część z nich ma charakter neurobiologiczny. Mówi się m.in. o zakłóceniach w podwzgórzu, które powodują utrzymywanie się ciągłego uczucia głodu. Ważne znaczenie ma gospodarka hormonalna, szczególnie hormon zwany leptyną. U 80% osób otyłych istotnym czynnikiem jest sytuacja rodzinna, tzn. pewne nawyki żywieniowe przejmowane od rodziców. Nie bez znaczenia jest psychologia. Kompulsywne objadanie się jest dość częstą reakcją na stres. W leczeniu otyłości kluczowe znaczenie ma odpowiednia dieta oraz regularne ćwiczenia fizyczne. W przypadku niepowodzenia można zastosować dodatkową farmakoterapię, a w niektórych sytuacjach nawet leczenie chirurgiczne.

Dzieci otyłe są często opisywane z jednej strony jako nieruchawe, apatyczne i lękliwe, z drugiej zaś jako zdolne do silnych reakcji pod postacią wybuchów złości¹⁵⁰. Często są bierne i zahamowane pomimo normalnego, a nawet ponadprzeciętnego ilorazu inteligencji. Nierzadko są zaniebane emocjonalnie przez własnych rodziców, którzy redukują swoje powinności jedynie do roli żywiciela.

Istnieją dwa podstawowe typy zaburzeń wydalania: zaburzenia związane z zanieczyszczaniem kałem oraz moczenie się. Obie nieprawidłowości mogą występować albo jednocześnie, albo osobno.

Anoreksja

Anoreksja psychiczna jest znana i rozpoznawana od blisko 200 lat. Rozwija ona się według trzech zasadniczych prawidłowości¹⁵¹. Główną przyczyną to celowe niespożywanie pokarmu aż do wyraźnego obniżenia masy ciała. Istotne w tym kontekście są kwestie związane z psychiką. Anorektycy najczęściej wbrew faktom uważają się za osoby z nadwagą; każdy przyrost masy ciała odbierają jako niepokojący sygnał i wstępują do otyłości¹⁵².

149 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 238–246.

150 D. Marcelli, *Psychopatologia wieku dziecięcego*, op. cit., s. 137–139.

151 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 307–311.

152 *Ibidem*, s. 307–311.

Jadłowstręt psychiczny diagnozuje się w sytuacji, kiedy waga obniży się przynajmniej o 15% względem prawidłowej masy ciała¹⁵³. Inne objawy należy traktować jako rozszerzenie nieadaptacyjnych zachowań żywieniowych. Dochodzi przykładowo do ograniczenia ilości przyjmowanego pożywienia, stosowania nadmiernych wycieńczających ćwiczeń czy nadużywania różnorodnych metod przeczyszczania. U wielu kobiet dochodzi do zatrzymania menstruacji, choć nie stanowi to istotnej różnicy, dlatego też zrezygnowano z tego kryterium. Anoreksja wywołuje w organizmie nieprawidłowe parametry życiowe, jak np. wolne tętno czy niskie ciśnienie krwi. Wpływa to na jakość wyników badań laboratoryjnych i innych, powoduje np. niedokrwistość, zmniejszenie gęstości kości czy zmiany w EKG. Śmiertelność w przebiegu anoreksji jest sześć razy częstsza niż w przypadku osób zdrowych. To bardzo niebezpieczna choroba. Lidia Cierpiałkowska, wymieniając objawy somatyczne wywoływane przez anoreksję, zwraca szczególną uwagę na powodowane przez nią wyniszczenie organizmu charakteryzujące się m.in. utratą tkanki tłuszczowej, zaburzeniami metabolizmu, trudnościami z utrzymaniem podstawowej temperatury, obrzękami stóp, infekcjami i spadkiem odporności¹⁵⁴. Osobno występują też zmiany dermatologiczne: suchość i łuszczenie się skóry, charakterystyczny meszek na skórze, wypadanie włosów, zanik zmian trądzikowych. Niezbyt dobrze funkcjonuje układ rozrodczy, dochodzi bowiem, jak już wspominaliśmy, do zaburzenia cyklu miesięczkowego, ale też do zmiany śluzówki pochwy oraz zmiany wielkości jajników i macicy. Do szczególnie niebezpiecznych należą wywoływane przez anoreksję zaburzenia sercowo-naczyniowe, jak objawy „małego serca”, przedwczesne skurcze, obniżenie ciśnienia, zwolnienie akcji serca czy zawroty głowy i omdlenia.

Anoreksja przebiera przeważnie dwie różne postaci. Pierwsza wiąże się z napadami objadania się i przeczyszczania¹⁵⁵. Dotyka ona przeważnie osoby starsze i bardziej chore niż te, którym doskwiera druga postać choroby. Drugi wariant pozbawiony jest tych charakterystycznych napadów i przeczyszczeń.

153 H.J. Freyberger, W. Schneider, *Zaburzenia psychosomatyczne*, przeł. B. Olszyńska, B. Lew-Starowicz, [w:] *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, op. cit., s. 174–194.

154 L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, op. cit., s. 433.

155 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 307–311.

Anoreksja dotyczy 1% całej populacji kobiet. W przypadku mężczyzn odsetek ten jest trzy razy mniejszy. Częstość występowania anoreksji u kobiet waha się między 0,5 a 3,7%¹⁵⁶. Stosunek zachorowań mężczyzn i kobiet należy umieścić w przedziale między 1:10 a 1:20. Ta rozbieżność wynika z niejednoznaczności wyników badań. Niektórzy psychiatrzy twierdzą, że chorujących kobiet jest więcej, inni zaś – że mniej. Choroba może mieć także przyczyny środowiskowe, albowiem znacznie częściej występuje u osób wykonujących zawód wymagający szczupłej sylwetki. Znaczenie ma także pochodzenie i pozycja społeczna, bowiem anoreksja występuje częściej u białych, młodych kobiet z wyższym wykształceniem i statusem¹⁵⁷. Jeśli choroba pojawi się w przedziale wiekowym od 10 do 30 lat, jej najczęstszą przyczyną jest stres wywołany jakimś przykrym doświadczeniem życiowym. Najwyższy współczynnik zachorowań przypada na wiek około 18 lat.

W rodzinach, w których pojawia się anoreksja, znacznie częściej niż w reszcie populacji zdarzają się przeróżne patologie, np. uzależnienie od alkoholu, występowanie depresji czy zaburzenia odżywiania. Anoreksja może mieć też podłoże genetyczne, na co wskazują np. wskaźniki zgodności zachorowania u bliźniąt jednojajowych, które są wyższe niż u bliźniąt dwujajowych, a także wyższa częstość występowania anoreksji u sióstr osób już wcześniej chorych. Dzisiaj badacze zauważają, że choroba może mieć również przyczyny związane z neuroprzeżywalnością (noradrenalina). Chorobie towarzyszą ponadto zaburzenia endokrynologiczne i metaboliczne¹⁵⁸. Wśród uczonych istnieją wątpliwości, czy te problemy hormonalne spowodowane są wyłącznie niedożywieniem i złą dietą, nadmiernymi ćwiczeniami, wymiotami i przeczyszczaniem. Na rozwój jadłowstrętu mogą wpływać też inne nieokreślone czynniki.

Nie bez znaczenia są warunki rodzinne oraz zjawiska typowe dla współczesnej kultury, czyli nacisk na ciągłe utrzymywanie szczupłej sylwetki¹⁵⁹. Leczenie anoreksji odbywa się najczęściej poprzez łączenie farmakoterapii oraz psychoterapii – indywidualnej bądź rodzinnej.

156 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 238–246.

157 B.K. Puri, I.H. Treasaden, *Psychiatria*, op. cit., s. 359–370.

158 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, op. cit., s. 151–152.

159 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 238–246.

W radykalnych przypadkach konieczna jest hospitalizacja, dość często nawet wbrew woli osoby chorej. Dzieje się tak, gdy utrata masy ciała jest zbyt gwałtowna i wynosi blisko 35%, co generuje szereg problemów somatycznych. Szpital zalecany jest również w sytuacji zagrożenia samobójstwem oraz niepowodzeń w leczeniu ambulatoryjnym¹⁶⁰.

Terapie wspomagane są dość często specjalnym treningiem radzenia sobie z lękiem oraz oddziaływaniem behawioralnym. W tej sytuacji ważną rolę odgrywa psychoedukacja, czynny udział w grupach samopomocowych oraz grupowej psychoterapii. Do metodycznej psychoedukacji możemy zaliczyć np. porady dotyczące zbilansowanej diety i zagrożeń związanych ze zbyt intensywnymi ćwiczeniami, edukację na temat skutków głodzenia się i metod przeczyszczających oraz edukację na temat samej anoreksji; w tym kontekście bardzo ważne jest umiejętne stosowanie wyników badań specjalistycznych jako motywacji do leczenia¹⁶¹. Skuteczność udzielanej pomocy może zależeć od wieku ewentualnych pacjentów. Przykładowo, terapia rodzinna jest skuteczniejsza niż indywidualna w przypadku osób młodszych, u których zaburzenia utrzymują się stosunkowo krótko.

Bulimia

Zaburzeniem odżywiania jest również bulimia. Przez wiele lat traktowana jako forma jadłowstrętu psychicznego, od 1980 roku w DSM-III-R jest klasyfikowana jako odrębna jednostka kliniczna. Bulimia jest zaburzeniem częstszym od anoreksji, gorsze są też rokowania w przypadku tej choroby. Kojarzona najczęściej z niekontrolowanym obżarstwem, a następnie prowokowaniem wymiotów celem pozbycia się przyjętego pożywienia, przybiera różne postaci. Często może to być przyjmowanie środków farmakologicznych bądź ziołowych na przeczyszczenie czy też moczopędnych, oraz stosowanie ostrych głodówek. Formą bulimii jest także przyjmowanie leków zmniejszających apetyt. Mitem jest przekonanie, iż osoba cierpiąca na bulimię prowokuje torsje po każdym posiłku. Zdarzają się okresy reemisji choroby.

160 B.K. Puri, I.H. Treasaden, *Psychiatria*, op. cit., s. 359–370.

161 A.D. Cameron, *Psychiatria*, op. cit., s. 161–165.

Kolejny mit związany z bulimią dotyczy płci i wieku osób na nią cierpiących. Najczęściej wskazuje się na dziewczęta w okresie adolescencji. Tymczasem nie ma grupy wykluczonej, na chorobę tę mogą cierpieć zarówno osoby dorosłe, jak i chłopcy czy mężczyźni¹⁶². Należy mieć na uwadze, że żarłoczność psychiczna (czyli bulimia) ma podłoże psychiczne, i jeśli nie będzie leczona pod takim kątem, to terapia nie będzie skuteczna; może skutkować nawrotami choroby (jak w przypadku każdego uzależnienia).

Początek bulimii może występować w powiązaniu ze stresami, nie związanymi z sylwetką czy wagą. Takimi przyczynami bulimii psychicznej mogą być: kryzysy w życiu rodzinnym, rozwody, śmierć kogoś bliskiego; stres egzaminacyjny, zmiana pracy; ciąża¹⁶³.

Wymioty, nieregularna dieta, mogą prowadzić do wyniszczenia organizmu. Doprowadza to bardzo często do zaburzeń pracy serca, zaburzeń krzepliwości krwi, osłabienia kości i tkanek organizmu. Jednym ze skutków bulimii może być niebezpieczne odwodnienie organizmu. „Bulimia jest także chorobą o cechach psychicznych – podobnie jak przy anoreksji są to obniżony nastrój, wahania nastroju, a także depresja”¹⁶⁴.

W najnowszej rewizji DSM V bulimia opisywana jest jako nawracające epizody objadania się. Epizod objadania się charakteryzuje się następującymi cechami:

- jedzenie w określonym czasie (np. w ciągu trzech godzin) takiej ilości pożywienia, która zdecydowanie przekracza normy większości ludzi;
- poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie takiego epizodu (trudne do opanowanie poczucie ilości zjadanego pokarmu);
- nawracające, nieodpowiednie zachowania kompensacyjne mające na celu ograniczenie przyrostu masy ciała.

Najlepiej poznanym zachowaniem kompensacyjnym, podejmowanym po epizodzie objadania się, jest wywoływanie wymiotów.

162 Za: O. Tytko, *Zaburzenia odżywiania oblicza znane i mniej znane*, [w:] *Cywilizacja zdrowia*, red. M. Warchał, 2016, s. 138-139.

163 B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Kraków, 1999, s. 34.

164 Tamże, s. 139.

Do innych, spotykanych w *bulimia nervosa*, zachowań kompensacyjnych należą: stosowanie szczególnie intensywnej diety pomiędzy epizodami objadania się; przyjmowanie leków odwadniających, przeczyszczających oraz lewatyw; stosowanie leków „odchudzających”; intensywny wysiłek fizyczny; picie alkoholu i przyjmowanie niektórych narkotyków¹⁶⁵.

Pojawiający się minimum jeden napad żarłoczności w tygodniu, przez co najmniej trzy miesiące; samoocena pozostaje pod nadmiernym wpływem kształtu i masy ciała¹⁶⁶.

Bulimia, często diagnozowana współcześnie, opisywana w literaturze przedmiotu, pokazywana w filmach czy przybliżana w beletrystyce, nie jest zjawiskiem nowym. *Bulimis*, czyli „wilczy głód”, to termin użyty po raz pierwszy w II wieku naszej ery.

W Europie przez wieki indukowane wymioty przepisywane były na równi z upuszczaniem krwi i miały być znakomitą techniką odtruwającą organizm. Bulimia jako choroba była pod różnymi nazwami opisywana na naszym kontynencie od przeszło dwóch wieków¹⁶⁷.

Miano samodzielnego zespołu klinicznego uzyskała bulimia psychiczna dopiero w kolejnych klasyfikacjach Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego¹⁶⁸.

Zaburzenia wydalania

W literaturze naukowej wyróżnia się dwa typy moczenia się – pierwotne oraz wtórne¹⁶⁹. Pierwotne występuje czterokrotnie częściej niż wtórne i ujawnia się u dzieci, które zawsze się moczyły; ogranicza się ponadto wyłącznie do moczenia się w nocy. Wtórne moczenie się pojawia się u dziecka przeważnie pod wpływem traumy, np. hospitalizacji lub separacji od rodzica. W większości wypadków etiologia tej przypadłości jest nieznaną, dlatego też zazwyczaj moczenie się uznawane jest za przypadkowe, przez co stanowi powód do wstydu.

165 B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. . .*, op. cit., s. 35.

166 <https://www.centrum-psychologii.pl > zaburzenia-odzywiania> [dostęp: 19.02.2023].

167 B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. . .*, op. cit., s. 20.

168 *Ibidem*, s. 21.

169 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 324–325.

Istnieją teorie wiążące to zjawisko z czynnikami genetycznymi. Okazuje się, że ok. trzech czwartych dzieci dotkniętych tym zaburzeniem ma krewnego pierwszego stopnia, który również w dzieciństwie się moczył. W grupie dzieci do 6 lat dziewczęta i chłopcy są reprezentowani w tych samych proporcjach, a rozpowszechnienie zaburzenia wynosi 5–10%. U starszych dzieci dominanta przesuwana się w stronę chłopców. Częstotliwość występowania spada w miarę dojrzewania i u adolescentów wynosi już tylko 1%.

Zaburzenie, w którym osoba zanieczyszcza się własnym kałem, występuje w dwóch wariantach: z jednej strony do wypróżnienia dochodzi bez uprzedniego zdjęcia odzieży, z drugiej zaś działanie może polegać na wypróżnieniu się nie do muszli klozetowej, lecz na podłogę¹⁷⁰. Oprócz tych okoliczności wyróżnia się dwie postacie tego zaburzenia. Jedną z nich powiązana jest z przewlekłym zaparciem. Defekacja u takich dzieci powoduje ból, co powoduje wstrzymywanie się z oddaniem kału, który mimo to wydostaje się, brudząc odzież i pościel. Druga postać, znacznie rzadsza, wiąże się z ukrywaniem wydalonego stolca w nietypowych miejscach.

Zanieczyszczanie się kałem bez zaparcia ma swoje przyczyny. Może być wywoływane np. stresem czy złą, psychopatologiczną sytuacją rodzinną, w której dochodzi do znęcania się fizycznego lub seksualnego. Szczególnie znaczenie ma w tym wypadku relacja z matką. Zachowania związane z koprofagią (zanieczyszczaniem się kałem) są rzadkie i najczęściej występują w wyniku poważnych zaburzeń w relacji z otoczeniem, zwłaszcza z matką¹⁷¹. Badania dowodzą, że matki dzieci z koprofagią są często oziębłe, mało emocjonalne. Bywa, że okazują wrogość wobec własnego dziecka, w radykalnych przypadkach może wręcz dochodzić do ich maltretowania.

8. Zaburzenia psychiczne z objawami somatycznymi

W klasyfikacji ICD-10 dla zaburzeń z objawami somatycznymi zarezerwowano kod F45.0. Aby rozpoznanie tego typu nieprawidłowości było skuteczne, należy ustalić, czy pacjent przez co najmniej dwa lata uskarża się

170 Ibidem, s. 325–326.

171 D. Marcelli, *Psychopatologia wieku dziecięcego*, op. cit., s. 141–142.

na wielorakie i zmienne objawy somatyczne, których nie można wyjaśnić występowaniem żadnej innej wykrywalnej choroby o podobnym podłożu. Ważne, by owe zaburzenia celnie rozpoznać, albowiem koncentrowanie się na niewłaściwych chorobach może powodować utrwalające się cierpienie z powodu występujących objawów. Nie rozwiązuje to ponadto problemu ciągle ponawianych wizyt lekarskich, zarówno u lekarzy pierwszego kontaktu, jak i specjalistów. Co istotne, bywa, że lekarze nie diagnozują choroby trafnie, przez co u pacjenta pojawia się charakterystyczny objaw polegający na chronicznym odrzucaniu zapewnień lekarzy o braku adekwatnej, fizycznej przyczyny objawów. Jeśli więc objawy nie utrzymują się przynajmniej dwa lata, lekarze dochodzą do wniosku, że pacjenci tak naprawdę nie są chorzy, choć ci ostatni uważają inaczej. Lekarze przytaczają czasami anegdoty o pacjentach, którzy świadomie wywołują objaw (np. doprowadzają do krwotoku) tylko po to, by przeprowadzone badania ujawniły nieprawidłowe funkcjonowanie organizmu. Podobne zachowania są bardzo charakterystyczne dla zespołu Münchausena¹⁷², choroba ta dotyczy jednak głównie osób dorosłych. W przypadku dzieci można mówić jedynie o tzw. zastępczym zespole Münchausena. Operacja mentalna jest w tym wypadku odwrócona. To zaburzony rodzic wmawia chorobę własnemu dziecku, uczy manipulacyjnych sposobów zachowania się podczas wizyty u lekarza i udzielania odpowiedzi, które zawsze odpowiednio ukierunkują opinię lekarską. Rodzic nie ustępuje w swych chorobliwych postanowieniach nawet wtedy, gdy hipoteza stawiana przez specjalistę wymaga weryfikacji na drodze bolesnych czy zagrażających życiu i zdrowiu dziecka zabiegów. W przewrotny sposób usiłuje udowodnić, że jego dziecko jest chore. Dziś

172 Zaburzenie to przejawia się poprzez maltretowanie dzieci lub dorosłych pozostających pod opieką osoby chorej. Najczęściej taka patologiczna reakcja łączy chorą na MSBP biologiczną matkę oraz jej dziecko. Pozornie opiekuńcza i kochająca matka w rzeczywistości nie akceptuje swojego dziecka. Odczuwa wewnętrzną potrzebę postrzegania go przez innych jako osobę chorą. Zainteresowanie i współczucie okazywane przez rodzinę i znajomych stanowi dla niej rodzaj nagrody psychologicznej. Zwykle jest tak, że matka wyzwała u swojej ofiary objawy chorobowe, np. poprzez podawanie trucizny, głodzenie, wywoływanie infekcji, duszenie do utraty przytomności, a w łagodniejszych postaciach MSBP – opowiadanie lekarzowi wymyślonych objawów choroby lub fabrykowanie nieprawidłowych wyników badań, np. poprzez zanieczyszczenie próbki moczu dziecka własną krwią. Działania te podejmowane są planowo, ze szczególną starannością w celu uniknięcia zdemaskowania. Por. [Redakcja], *Przeniesiony zespół Münchausena*, <https://www.medonet.pl/ciaza-i-dziecko/rozwój-dziecka/przeniesiony-zespól-munchausena,artykuł,1652207.html> [dostęp: 6.10.2021 r.].

odczytuje się to jako formę maltretowania dziecka oraz rodzaj patologicznego znęcania się, zarówno psychicznego jak i fizycznego.

Ocena stanu psychicznego osoby cierpiącej na zespół Münchausena jest trzystopniowa.

1. Stopień łagodny – matka przedstawia lekarzowi wymyślone objawy choroby swojego dziecka, przez co jest ono poddawane niepotrzebnym, czasem uciążliwym czy bolesnym badaniom diagnostycznym. Ten stopień zaburzeń jest łatwy do przeoczenia.
2. Stopień umiarkowany – polega na tym, że matka prowokuje u dziecka łagodne objawy chorobowe i domaga się leczenia. Jeśli lekarz spostrzeże taką próbę oszustwa, upomina ją i tłumaczy nie stosowność takiego zachowania.
3. Stopień ciężki – zachowania matki wobec dziecka mają kryminalny wymiar. Często posuwa się ona do podduszania dziecka, trucicia go lub podejmowania działań, które mogą doprowadzić do zgonu¹⁷³.

Rozpowszechnienie zaburzeń somatyzacyjnych (kod F45 według klasyfikacji ICD-10) jest dotąd niedostatecznie zbadane. Nie oznacza to jednak, że w obiegu naukowym nie funkcjonują wypracowane już w badaniach pojęcia. Dobrym przykładem jest somatyzacja, którą Arkadiusz Jasek definiuje jako „mechanizm obronny, w którym pacjent nieświadomie generuje dolegliwości somatyczne lub traci kontrolę nad zachowaniem, myślami i uczuciami”¹⁷⁴. Próby wyjaśnienia przyczyn somatyzacji w pierwszym rzędzie kierują do trudności w codziennym funkcjonowaniu domowym, rówieśniczym, przejawiające się w sferze emocjonalnej i behawioralnej w połączeniu z niedojrzałymi mechanizmami reagowania i rozwiązywania problemów oraz niewystarczającą reakcją opiekunów na wyrażane przez dziecko potrzeby. Ponadto wskazuje się także na traumę, ostre stany chorobowe opiekuna, nadmierne skoncentrowanie opiekuna na własnych dolegliwościach¹⁷⁵.

173 Ibidem.

174 A. Jasek, *Zaburzenia psychiczne ujawniające się głównie pod postacią somatyczną. Różnicowanie*, [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, red. A. Gmitrowicz i M. Janas-Kozik, Warszawa 2018, s. 277.

175 Ibidem, s. 278.

Do zaburzeń emocjonalnych pod postacią zaburzenia somatyzacyjnego mogą prowadzić nadmierne wymagania, kontrola czy stres społeczny (tabela 7).

Tabela 7. Najczęstsze objawy somatyzacyjne

Objawy żołądkowo-jelitowe:
Ból brzucha Nudności Wzdęcia Niesmak w ustach, obłożenie języka Wymioty, odbijanie Luźne stolce, wydzielina z odbytu Przyspieszona lub zbyt wolna praca jelit
Objawy moczowo-płciowe:
Częste parcie na mocz, dysuria Dyskomfort w sferach intymnych Skargi na niefizjologiczną wydzielinę z pochwy
Objawy wzbudzenia układu autonomicznego:
Silne lub nienaturalne bicie serca; Wzmozona potliwość, zlewne poty Bładość, zaczerwienienie skóry Kserostomia Dyskomfort w jamie brzusznej
Objawy sercowo-naczyniowe:
Spłylenie oddechu, hiperwentylacja Duszność Ból i palenie w klatce piersiowej
Objawy skórne i bólowe:
Plamy i zmiany zabarwienia skóry Ból kończyn, rąk, stóp, stawów Dreptwienia, świąd
Inne:
Nadmierna męczliwość Aerofagia Objawy wzbudzenia układu autonomicznego

Źródło: *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, op. cit., s. 278.

Według Arkadiusza Jaska zaburzenia somatyzacyjne charakteryzują się występowaniem kilku niespecyficznych objawów bez uchwytnej przyczyny organicznej¹⁷⁶. Czas trwania zaburzenia konieczny do rozpoznania

¹⁷⁶ Ibidem, s. 279.

choroby to przynajmniej dwa lata. Objawy mają często zmienny charakter i nasilenie, nie tworzą obrazu żadnej ze znanych chorób somatycznych. Dolegliwościom tym towarzyszy psychogenne podłoże, o czym świadczy charakterystyka poszczególnych objawów. Przytoczymy te najważniejsze¹⁷⁷:

- Wczesny początek wystąpienia objawów, np. bóle typu wieńcowego u nastolatka.
- Brak wcześniejszych obciążeń somatycznych.
- Utrzymywanie się objawów pomimo poprawy stanu somatycznego potwierdzonej wynikami badań.
- Atypowy obraz powszechnych chorób.
- Uporczywe występowanie dolegliwości.
- Oporność na leczenie lub nietypową odpowiedź na leki niepsychiatryczne.
- Dodatni wynik rodzinny w kierunku zaburzeń afektywnych i stosowania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, w rodzinie i przez pacjenta.
- Przemoc, w tym wykorzystanie seksualne (najczęściej w domu lub na terenie szkoły).
- Deprywacja rodzicielska.

9. Zaburzenia poznawcze oraz zaburzenia wpływające na funkcjonowanie poznawcze z kręgu zaburzeń organicznych

DSM-5 zalicza tytułowe nieprawidłowości do grupy zaburzeń neuropoznawczych. Jako najbardziej typowe wymienione są w podręczniku majaczenie, poważne i łagodne zaburzenia neuropoznawcze spowodowane chorobą Alzheimera, zaburzenia naczyniowe, zaburzenia spowodowane innymi chorobami lub problemami zdrowotnymi, zaburzenia wywołane substancją psychoaktywną, zaburzenia wywołane innymi czynnikami etiologicznymi, czy też inne podobnej natury problemy wywołane zaburzeniami dysocjacyjnymi, ośpieniem rzekomy, symulowaniem lub

177 Ibidem, s. 281.

też zaburzeniem pozorowanym narzuconym sobie¹⁷⁸. W niniejszej pracy przyjrzymy się bliżej jedynie zaburzeniom spowodowanym chorobą Alzheimera oraz innymi chorobami, m.in. płasawicą Huntingtona, chorobą ASL oraz zespołem pomijania jednostronnego.

Choroba Alzheimera oraz płasawica Huntingtona wywołuje zaburzenia poznawcze, a oprócz tego postępujące otępienie. W przypadku natomiast stwardnienia bocznego zanikowego problemem są zaburzenia związane z porażeniem, zaś w sytuacji zespołu pomijania jednostronnego bardziej istotną rolę odgrywają zaburzenia poznawcze. Wracając do choroby Alzheimera, trzeba przypomnieć o takich objawach, jak otępienie korowe, które charakteryzuje się występowaniem wczesnej afazji (prawidłowej mowy aż do późnego okresu), apraksji (niezdolności do wykonywania celowych lub wyuczonych czynności ruchowych¹⁷⁹), licznych agnozji (niezdolności do rozpoznawania znanych przedmiotów postrzeganych za pomocą zmysłów¹⁸⁰), zwykle prawidłowej postawy i napięcia mięśniowego oraz braku ruchów dodatkowych¹⁸¹. W przypadku płasawicy Huntingtona mówi się natomiast o otępieniu podkorowym, które nie wywołuje co prawda problemów z używaniem języka, ale może spowodować dyzartię (trudność z wymawianiem słów). W płasawicy nie ujawniają swej obecności apraksja czy agnozja. Chorobę można rozpoznać przede wszystkim po charakterystycznie wykonywanych ruchach ciała. Z jednej strony mamy do czynienia z prawidłowymi i celowymi ruchami wyuczonymi, z drugiej zaś z pochyłą sylwetką ciała, zwiększonym napięciem mięśniowym oraz drżeniami i ruchami płasawicznymi.

Choroba Alzheimera

Choroba Alzheimera to pierwotna zwyrodnieniowa choroba mózgu o nieznaney etiologii z charakterystycznymi cechami neuropatologicznymi i neurochemicznymi¹⁸². Została rozpoznana i opisana w pierwszej

178 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 521–523.

179 K. Walsh, D. Darby, *Neuropsychologia kliniczna Walsha*, przeł. B. Mroziak, Gdańsk 2008, s. 112–114.

180 Ibidem, s. 108–110.

181 A.D. Cameron, *Psychiatria*, op. cit., s. 79.

182 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, op. cit., s. 52.

dekadzie XX wieku¹⁸³. Odpowiada za ponad połowę wszystkich przypadków otępienia. Zaburzenie to dotyka większości pacjentów przebywających w domach opieki. Jest też częste wśród pacjentów z zespołem Downa, którzy przekroczyli czterdziesty rok życia. Pacjenci z chorobą Alzheimera o wczesnym początku mają krewnych cierpiących na tę samą chorobę. Wydaje się, że przypadki tej choroby o wczesnym początku są spowodowane rzadką mutacją genetyczną¹⁸⁴. Do tej pory zidentyfikowano trzy takie mutacje. Pierwsza dotyczy genu APP kodującego białko prekursorowe amyloidu. Przypadki choroby Alzheimera we wczesnym wieku mogą się też łączyć z mutacją hormonu preselinin 1 na chromosomie 14 i preselinin 2 na chromosomie 1. Geny te odpowiadają za pojawienie się choroby między trzydziestym a pięćdziesiątym rokiem życia. Odkryto też, że jeden z nośników mutacji hormonu preselinin 1 może być odpowiedzialny za powstanie tej choroby u pacjenta w wieku dwudziestu czterech lat. Genem, który odgrywa ważną rolę w pojawieniu się choroby Alzheimera u osób w późniejszym wieku jest gen apolipoproteiny znajdującej się na chromosomie 19. Zidentyfikowano trzy allele tego genu, które mogą powodować rozwinięcie się choroby w późnym wieku. Jednak czynniki genetyczne muszą wejść w interakcję z czynnikami środowiskowymi, by pojawiła się choroba, gdyż u części osób z zagrożonymi genami choroba nie pojawia się; są też osoby niemające tych genów, a chorujące na chorobę Alzheimera. W toku badań stwierdzono też pewne nieprawidłowości w mózgu. Są to kolejno blaszki amyloidowe (zakłócające funkcję synaps), splątki neurofibrylarne (sieć uszkodzonych włókien w komórce nerwowej) oraz atrofia (czyli obkurczenie mózgu). Można też powiedzieć o zmniejszeniu liczby neuronów, szczególnie w hipokampie, substancji bezimiennej, miejscu sinawym oraz korze skroniowo-ciemieniowej i czołowej¹⁸⁵. Stwierdzono oprócz tego zwyrodnienie ziarnisto-wodniczkowe neuronów.

Diagnozę choroby Alzheimera stawia się poprzez wykluczenie wszystkich innych możliwych chorób, szczególnie takich, które można leczyć¹⁸⁶.

183 Ibidem, s. 548–550.

184 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, op. cit., s. 605–615.

185 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, op. cit., s. 52.

186 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 548–550.

Z tego też względu bardzo ważny dla właściwej diagnozy jest przewlekły początek choroby¹⁸⁷. Taki stan rzeczy umożliwia odróżnienie jej np. od udaru, którego przebieg jest bardziej gwałtowny. Klinikalnie choroba wyraża się przez otępienie korowe, które rozpoczyna się zwykle zaburzeniami poznawczymi.

Utrata pamięci świeżej to pierwszy symptom choroby¹⁸⁸. Pamięć odległą zostaje naruszona później. Aby zrekompensować skutki pogorszenia pamięci, niektórzy pacjenci sporządzają notatki i listy. Pacjenci z nasilonymi objawami choroby mogą nie rozpoznawać swoich krewnych i przyjaciół, w końcu mogą nie reagować nawet na własne imię.

Na początku choroby Alzheimerera może wystąpić widoczna zmiana osobowości. Pacjent może stać się bardziej obsesyjny, skryty lub też aktywny seksualnie. Może objawiać apatię, chwiejność emocjonalną czy też utracić posiadane wcześniej poczucie humoru. Pogarszanie się funkcji wykonawczych można ocenić na podstawie takich zachowań, jak dokładne podążanie za lekarzem lub towarzyszem, zastygły wyraz twarzy aż do pojawienia się bódcza, ubieranie więcej niż jedna para spodni (persewercja), wielokrotne gubienie się na oddziale pomimo zachowanej orientacji w domu. Z tych objawów wyłania się obraz osoby, która potrafi funkcjonować w miarę dobrze w stałym i dobrze znanym środowisku, a ma problemy z przystosowaniem do zmieniających się okoliczności. Pacjenci z chorobą Alzheimerera mogą osiągać lepsze wyniki, kiedy są wypoczęci.

Utrata funkcji językowych może początkowo wiązać się z trudnościami ze znalezieniem odpowiednich słów (afazja). W następnej fazie pacjent wypowiada coraz więcej truizmów i stereotypowych zwrotów, przestaje natomiast używać zdań złożonych. Czytanie i pisanie ulegają pogorszeniu, a rozmowa staje się jałowa.

Wielu pacjentów z chorobą Alzheimerera ma również deficyty percepcyjne, jak złudzenia i omamy. Czasami może pojawić się paranoja, depresja, bezsenność czy też jadłowstręt.

Typowy pacjent żyje około 8–10 lat po wystąpieniu pierwszych objawów. Choroba rozwija się zasadniczo w trzech stadiach:

- 1–3 lata – okres coraz większych problemów z pamięcią;

187 H. Gutzman, R.T. Schaub, *Organiczne i objawowe zaburzenia psychiczne*, [w:] *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny somatycznej*, op. cit., s. 45–70.

188 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 548–550.

- 2–3 lata – dezorientacja, utrata zdolności językowych, niestosowne zachowanie. Pojawia się u niektórych pacjentów tzw. odruch dłoniowo-bródkowy (zaciśnięcie ust po podrażnieniu dłoni). W tym stadium mogą się też pojawić omamy i złudzenia;
- Ostateczny okres ciężkiego otępienia – pojawia się brak orientacji co do osoby oraz całkowita utrata umiejętności samoopieki.

W literaturze naukowej spotyka się czasem dłuższy, siedmioetapowy przebieg choroby Alzheimera¹⁸⁹. Pierwszy etap to stan prawidłowy, kiedy nie ma jeszcze obiektywnych i subiektywnych dowodów osłabienia funkcji poznawczych. W drugim etapie występują już subiektywne skargi na osłabienie możliwości poznawczych. W trzecim etapie łagodne zaburzenia poznawcze można już potwierdzić obiektywnie. W etapie czwartym dochodzi do zdiagnozowania choroby Alzheimera o lekkim nasileniu. Na podstawie wywiadu lekarz stwierdza upośledzenie wyraźne różnych funkcji poznawczych i wykonawczych, m.in. uwagi, pamięci, orientacji, funkcjonowania. W etapie piątym diagnoza wskazuje chorobę Alzheimera o umiarkowanym nasileniu. Upośledzenie jest duże i uniemożliwia pacjentowi prowadzenie samodzielnego życia w społeczeństwie. W etapie szóstym występuje choroba Alzheimera o znacznym nasileniu. Pacjent potrzebuje pomocy w podstawowych, codziennych czynnościach. W etapie siódmym nasilenie choroby jest ciężkie, potrzebna jest ciągła pomoc w codziennych czynnościach.

Ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera zwiększa się dwukrotnie co pięć lat od osiągnięcia wieku 40 lat¹⁹⁰. Pomiędzy 60 a 64 rokiem życia choruje 1% osób, w wieku zaś 80 lat już 40%. W skali całego świata 35 milionów osób cierpi na tę chorobę. Szacuje się, że w 2030 roku liczba ta wyniesie 66 milionów. Częściej chorują kobiety i osoby samotne. Innymi czynnikami ryzyka zachorowania są m.in. palenie papierosów, niski poziom wykształcenia, niskie dochody i niski status zawodowy. Odsetek przypadków choroby jest wyższy w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej niż w Afryce, Indiach czy też Azji Południowo-Wschodniej.

W chorobie Alzheimera zostaje zniesiony wgląd, przez co zdolność oceny sytuacji ulega ograniczeniu¹⁹¹. Pod koniec rozwoju choroby może

189 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 377–380.

190 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, op. cit., s. 605–615.

191 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 548–550.

nastąpić całkowity mutyzm (całkowite zahamowanie mowy) i brak reaktywności. Pacjenci źle znoszą wszelkie towarzyszące choroby somatyczne. Nawet drobna infekcja może spowodować dodatkowe majaczenie.

Do tej pory nie ma efektywnych metod leczenia choroby Alzheimera¹⁹², nie ma na nią żadnego leku. Stosowane terapie mają na celu pomóc zarówno choremu, jak i jego rodzinie w radzeniu sobie z chorobą. Skupiają się na ograniczeniu pobudzenia i agresji u chorych oraz redukowaniu stresu i cierpienia opiekunów. Innym ważnym celem terapii jest poprawa funkcji poznawczych pacjentów i utrzymanie ich sprawności jak najdłużej. Aby wspomóc przebieg terapii i pomóc w objawach psychotycznych towarzyszących chorobie, stosuje się też leki przeciwpsychotyczne. Bardzo ważnym aspektem pomocy jest wsparcie opiekunów. Są oni obciążeni ogromnym stresem, co powoduje nasilenie u nich objawów depresyjnych oraz uzależnień od leków psychotropowych. Dlatego istotne jest stworzenie specjalnych grup wsparcia i otoczenie ich opieką terapeutyczną.

Stwardnienie zanikowe boczne

Stwardnienie boczne zanikowe (SLA) to zaburzenie należące do chorób demielinizacyjnych, a więc związanych z uszkodzeniem obwodowych włókien nerwowych¹⁹³. Jest to rzadka, niedziedziczna choroba postępująca, która prowadzi do niesymetrycznych zaników mięśni. W jej wyniku następuje zanik wszystkich mięśni z wyjątkiem mięśnia sercowego oraz gałek ocznych. Następuje też zwyrodnienie komórek rogów przednich rdzenia kręgowego. Choroba postępuje szybko i zwykle w ciągu 4 lat kończy się śmiercią. Choroba ta jednak rzadko współistnieje z otępieniem. Czasami w jej przebiegu obserwuje się chwiejność emocjonalną.

Badania przeprowadzane na chorych z ze stwardnieniem zanikowym bocznym wskazują, że poziom problemów psychicznych związanych z tą chorobą bardzo mocno zależy od wsparcia psychicznego jakiego doświadczają¹⁹⁴. Badania zostały przeprowadzone na pacjentach we Włoszech (31 osób), przebywających w specjalnym ośrodku dla osób z tą chorobą.

192 J.N. Butcher, J. M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, op. cit., s. 605–615.

193 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 59.

194 A. Demuru, C. Longobardi, L.E. Prino, M. Settanni, *Resilience, anxiety, and depression in amyotrophic lateral sclerosis patients*, "Psychiatryczna psychologia kliniczna", 19(2019), nr 4, s. 365–369.

W wynikach stwierdzono, że spadek poziomu depresji koreluje z poziomem wsparcia udzielanego w ośrodku.

Badania neurologiczne również potwierdzają, że wprowadzenie nie ma możliwości zatrzymania rozwoju choroby, jednak można jej skutki nieco złagodzić¹⁹⁵. Celem terapii powinna być poprawa jakości życia pacjenta oraz utrzymanie jak najdłużej jego niezależności. Obecnie w leczeniu preferuje się model skoordynowanej opieki wielospecjalistycznej. Neurologi podkreślają również, że ważna jest w jej leczeniu rehabilitacja ruchowa¹⁹⁶. Ważne jest również działanie odnoszące się do problemów zarówno fizycznych, jak i emocjonalnych oraz potrzeb żywieniowych.

Zespół pomijania jednostronnego

Zespół ignorowania jednej strony to zaburzenie z grupy agnozji, czyli nieprawidłowości, które objawiają się niemożnością rozpoznania całego przedmiotu lub jego cech pomimo zachowania lub jedynie nieznacznego zakłócenia pracy narządów zmysłów i pełnionych przez nie funkcji¹⁹⁷. Zespół ignorowania jednej strony występuje zwykle jako lewostronne pomijanie własnego ciała i przestrzeni.

Zespół jednostronnego zaniedbywania przestrzeni powoduje problemy w wykonywaniu czynności dnia codziennego¹⁹⁸. Pacjenci mogą nie dostrzegać jedzenia po jednej stronie talerza, nie posługiwać się sztućcami po stronie zaniedbywanej, obijać się o ścianę, idąc korytarzem, mogą czytać tylko jedną stronę kartki, a nawet jedynie fragmenty słów. Diagnoza polega na poproszeniu pacjenta, by skopiował prosty, symetryczny rysunek. Walter Russel Brain stwierdził, że deficyt związany z zaniedbywaniem przestrzeni ogranicza się w zasadzie do uszkodzeń zlokalizowanych w obrębie prawej lub niedominującej półkuli. Objawy związane z uszkodzeniem półkuli lewej lub dominującej mogą być maskowane przez wpływ innych objawów, na przykład głębokiej afazji (upośledzenie

195 J. Kubiszewska, H. Kwieciński, *Stwardnienie boczne zanikowe*, „Postępy Nauk Medycznych” 6 (2010), s. 440-448.

196 M. Rubinowicz-Zasada, A. Orczyk, M. Orczyk, J. Pasek, *Stwardnienie boczne zanikowe – choroba neuronu ruchowego. Prezentacja przypadku*, „Pediatria medycyna Rodzinna”, 11(2015), nr 1, s.112-118.

197 L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, op. cit., s. 136–137.

198 K. Walsh, D. Darby, *Neuropsychologia kliniczna Walsha*, op. cit., s. 252–260.

odbioru symbolicznych treści językowych, operowania nimi lub ich ekspresji¹⁹⁹). Większość badań nad zespołem jednostronnego zaniedbywania przestrzeni dotyczy uszkodzenia płata ciemieniowego w półkuli niedominującej²⁰⁰. Pojawiają się też przypadki uszkodzenia płata czołowego oraz uszkodzenia podkorowe wzgórza i zwojów podstawy. Zespół zaniedbywania jednostronnego łączy się przede wszystkim z problemami spostrzegania, jednak istnieje teoria, że u podstaw tego zaburzenia leży deficyt uwagi. Niektórzy pacjenci mają również problem z wewnętrzną reprezentacją przestrzeni. Opisując z pamięci np. budynki, nie pomijali te znajdujące się z lewej strony. Kiedy zaś mieli zrobić w myślach obrót o 180°, zapomnieli o tych, o których mówili wcześniej, bo w tej konfiguracji to one znajdowały się z lewej. Dużym problemem dla pacjentów może być również zaprzestanie używania ręki po stronie przeciwległej do uszkodzenia. Nie jest to jednak ubytek nieodwracalny. Jeśli bowiem zwróci się uwagę choremu i poprosi o poruszenie tą kończyną, jest on w stanie posługiwać się nią bez widocznych deficytów ruchowych.

Kenneth M. Heilman ze współpracownikami postawili hipotezę, że neurony uwagi w prawym płacie ciemieniowym mają zlokalizowanie obustronne, zaś odpowiadające im neurony w lewej półkuli mają tylko pola po stronie przeciwległej. Takie wytłumaczenie mogłoby wyjaśniać asymetrię zaniedbywania przeciwstronnego (kontralateralnego) potwierdzonego przez większość danych z literatury.

Płásawica Huntingtona

Otępienie w chorobie Huntingtona pojawia się jako część uogólnionego zwyrodnienia mózgu²⁰¹. W symptomatyce choroby Huntingtona na pierwszy plan wysuwają się płásawicze zaburzenia ruchowe oraz progresywne otępienie podkorowe z rozległą nieobecnością objawów ogniskowych związanych z niedowładami i porażeniami mięśni²⁰². Średni wiek

199 Ibidem, s. 104.

200 Ibidem, s. 252–260.

201 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, op. cit., s. 57.

202 H. Gutzman, R.T. Schaub, *Organiczne i objawowe zaburzenia psychiczne*, op. cit., s. 58.

zachorowania na płasawicę Huntingtona to około 40 lat²⁰³. Pierwszymi objawami mogą być niewielkie zmiany osobowości i funkcji poznawczych. W następnym etapie następuje pogorszenie pamięci i oceny sytuacji. Charakterystyczne ruchy płasawicze i spowolnienie ruchów dowolnych mogą być poprzedzone przez uogólniony niepokój ruchowy. Ruchy płasawicze pojawiają się wcześniej niż otępienie²⁰⁴. W miarę upływu czasu coraz bardziej się nasilają. W późniejszym okresie aktywuje się również otępienie powikłane z psychozą. Objawy otępienia rodzina początkowo może postrzegać jako zmiany osobowości. Istotne znaczenie dla rozpoznania choroby ma wywiad rodzinny. Powikłania psychiatryczne w ramach choroby Huntingtona to zmiany osobowości (25%), psychozy podobne do schizofrenii (25%), zaburzenia afektywne (50%), otępienie o nagłym początku (25%) oraz otępienie powoli rozwijające się (90%).

Choroba Huntingtona występuje u sześciu na sto tysięcy osób w Ameryce Północnej i Europie²⁰⁵. Za jej potencjalny rozwój odpowiada pojedynczy gen dominujący znajdujący się w chromosomie 4²⁰⁶. Oznacza to, że osoba mająca rodzica dotkniętego tą chorobą ma 50% szansy na życie bez komplikacji zdrowotnych. Chorobę Huntingtona można zdiagnozować za pomocą testu genetycznego; to najprostszy sposób na odpowiedzenie sobie na pytanie, czy możemy zachorować. Do szczególnie niebezpiecznych objawów choroby należy zanik mózgu – szczególnie zwojów podstawnych, a zwłaszcza jądra ogoniastego²⁰⁷. Schorzenie prowadzi do zgonu w ciągu 15–20 lat od momentu rozpoznania. Niektóre osoby, przytłoczone ciężarem choroby, popełniają samobójstwa. Statystyki mówią, że podobne przypadki nie należą do rzadkich. Do wyjątkowo uciążliwych objawów należą bezsenność, lęk i depresja. Chorym pomaga się za pomocą farmakoterapii, lecząc ich pochodnymi benzodiazepiny oraz lekami przeciwdepresyjnymi. Objawy psychozy można zwalczać lekami przeciwpsychotycznymi.

Obecnie nie ma skutecznej terapii, która pomogłaby w przywróceniu utraconych funkcji organizmu; niemożliwe jest nawet spowolnienie

203 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 572.

204 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 53.

205 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 572.

206 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, op. cit., s. 604–605.

207 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 53.

choroby²⁰⁸. Chorych najczęściej umieszcza się w specjalnych domach opieki, w których zajmują się nimi specjaliści²⁰⁹.

10. Zaburzenia osobowości

Badania epidemiologiczne dotyczące zaburzeń osobowości są trudne ze względu na różne kategorie diagnostyczne²¹⁰. Stwierdza się, że rozpowszechnienie wszystkich rodzajów zaburzeń osobowości w populacji ogólnej wynosi 4–13%. Wyższe wskaźniki notuje się wśród pacjentów lekarzy pierwszego kontaktu. W ich przypadku odsetek wynosi 10–30%. Natomiast wśród pacjentów oddziałów psychiatrycznych dziennych rozpowszechnienie jest wyższe i zbliża się do 30–40%; na oddziałach stacjonarnych zaś jest jeszcze wyższe i wynosi 40–50%. U osób podejmujących próby samobójcze odsetek zwiększa się po raz kolejny i wynosi 50–80%. Wczesną zapowiedzią problemów związanych z osobowością są zaburzenia temperamentu²¹¹. Zwykle ujawniają się one w okresie dorastania albo we wczesnej młodości. Czasami można ich początki zaobserwować także w dzieciństwie.

Rozróżnia się trzy grupy zaburzeń osobowości²¹². Grupa A zawiera zaburzenia charakteryzujące się niezwykłością i ekscentrycznością. Są to np. zaburzenie paranoiczne, schizoidalne oraz schizotypowe. W drugiej grupie, oznaczanej jako typ B, znajdują się zaburzenia charakteryzujące się teatralnością oraz nadmierną emocjonalnością i zmiennością; można do nich zaliczyć np. zaburzenia pograniczne, antysocjalne, histrioniczne oraz narcystyczne. Do ostatniej grupy, oznaczanej jako typ C, zaliczono nieprawidłowości charakteryzujące się lękliwością i bojaźliwością; są to kolejno zaburzenia zależne, unikające oraz obsesyjno-kompulsywne. W dalszej części rozdziału omówione zostaną zaburzenia osobowości z pogranicza, obsesyjno-kompulsywne, narcystyczne oraz antyspołeczne. Posłużą one za wymowny przykład ogólnej kategorii zaburzeń osobowości.

208 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, op. cit., s. 604–605.

209 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 53.

210 A.D. Cameron, *Psychiatria*, przeł. M. Kantarska-Janiec, Wrocław 2005, s. 157–158.

211 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 288–314.

212 A.D. Cameron, *Psychiatria*, op. cit., s. 106.

Zaburzenie osobowości z pogranicza

Osoby z tym zaburzeniem przez całe życie sprawiają wrażenie niestabilnych²¹³. Często przeżywają różnorakie kryzysy. Mogą one dotyczyć zmian nastroju, zachowania lub chwiejnych relacji interpersonalnych. Przeżywanie pustki i znudzenia jest charakterystyczne dla osób dotkniętych tą przypadłością. Z jednej strony odczuwają one silne przyciąganie do innych i potrzebę bliskości, a z drugiej lęk przed ową bliskością objawiający się dużą agresją wobec innych. Złość w ich wypadku często prowadzi do samookaleczenia; w pewnym sensie wyrządzanie krzywy samemu sobie pełni funkcję zastępczą względem gniewu. Można to też odczytać jako wołanie o pomoc lub też próbę znieczulania się na wewnętrzny ból. Do katalogu szkodliwych zachowań można też zaliczyć nierozważne kontakty seksualne, niepohamowane zakupy, napady objadania się lub niebezpieczną jazdę samochodem.

U wielu osób, które dokonują samouszkodzeń, nie występuje zaburzenie z pogranicza²¹⁴. W niektórych przypadkach takie samookaleczanie jest połączone z poczuciem ulgi w lęku lub dysforii lub też jest sposobem informowania innych o poziomie natężenia odczuwalnego stresu. Badania wykazały, że u 70–80% osób z zaburzeniem *borderline* współwystępuje także analgezja, czyli brak odczuwania bólu pomimo działania teoretycznie bolesnego bodźca. Czasami występują u nich epizody psychotyczne, ale takie szybko mijają²¹⁵. Osoby z zaburzeniem z pogranicza mogą tracić kontakt z rzeczywistością, doświadczać urojeń lub innych objawów psychotycznych, jak np. halucynacje, wyobrażenia paranoidalne lub ciężkie symptomy dysocjacyjne²¹⁶. Oprócz tego u pacjentów mogą pojawić się różnorakie zaburzenia lękowe²¹⁷.

Pacjenci z pogranicza mają problem w osiągnięciu pełnego potencjału w sferze społecznej, w pracy i w szkole, gdyż przeszkadzają im w tym intensywne i gwałtowne zmiany nastroju, impulsywność i niestabilne

213 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 601–604.

214 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, op. cit., s. 425–430.

215 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 601–604.

216 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, op. cit., s. 425–430.

217 V. Dittmann, A. Ermer, R.-D. Stieglitz, *Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych*, [w:] *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, op. cit., s. 195–207.

relacje interpersonalne²¹⁸. Pacjentów z pogranicza charakteryzuje również zaburzona tożsamość związana z niepewnym obrazem siebie.

Aż 10% spośród osób z pogranicza popełnia samobójstwo. Według danych w populacji ogólnej blisko 1–2% osób cierpi na tę przypadłość. Statystyka ta jest jednak niepewna, gdyż często milczeniem pomija się fakt, że owo zaburzenie występuje najczęściej wraz z innymi typami zaburzeń osobowości lub z zaburzeniami depresyjnymi, a także z objawami somatycznymi. Jest ono ponadto powiązane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

Podręcznik ICD-10 opisuje osobowość chwiejną emocjonalnie, traktując ją jako kategorię ogólną, w ramach której omawia zaburzenia typu impulsywnego oraz zaburzenia typu *borderline*²¹⁹. Dominującą cechą u osób impulsywnych jest niestabilność emocjonalna oraz brak kontroli działań impulsywnych. Osoby te często gwałtownie wybuchają, podejmują zachowania zagrażające sobie i innym, szczególnie w odpowiedzi na krytykę. U osób *borderline* występuje również kilka cech niestabilności emocjonalnej, ponadto niejasny lub zaburzony obraz samych siebie, własnych celów oraz wewnętrznych preferencji. Pojawia się poczucie pustki wewnętrznej, częste są kryzysy emocjonalne, które wpływają na niestabilność w związkach. Lęk przed porzuceniem może powodować groźby samobójstwa lub samoszkodzenia.

Najpełniej o przyczynach zaburzeń *borderline* mówi się w wielowymiarowej teorii²²⁰. Wielkie znaczenie przypisuje się tam podatności genetycznej niosącej ze sobą niestabilność emocjonalną i impulsywność. Do tego dołącza się psychopatologię, błędy wychowawcze rodzica. Nie bez znaczenia jest doświadczenie traumy, straty lub odrzucenia. Doświadczenia te wpływają na impulsywne wybuchy i chaotyczne reakcje emocjonalne oraz na dysfориę (obniżony nastrój połączony z rozdrażnieniem) i labilność emocjonalną.

Bardzo szeroko piszą o osobowości z pogranicza autorzy związani z teorią relacji z obiektem oraz psychologią *ego*²²¹. Roy Richard Grinker,

218 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 601–604.

219 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, op. cit., s. 172–173.

220 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, op. cit., s. 425–430.

221 L. Cierpiałkowska, *Zaburzenie osobowości borderline*, [w:] *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, red. L. Cierpiałkowska, E. Soroko, Poznań 2014, s. 171–197.

rozwijając model tłumaczenia zaburzeń z pogranicza na gruncie modelu opisowego w psychoanalizie, wyodrębnia cztery cechy osób cierpiących na te zaburzenia: złość jako główny lub jedyny afekt, defekt w kontaktach interpersonalnych, brak spójnej tożsamości *self* oraz depresję.

W teorii konfliktu uważa się zaburzenie z pogranicza jako rodzaj intrapsychoicznej struktury obronnej, powstającej w okresie dzieciństwa na skutek wadliwej integracji popędów, afektów i relacji z obiektem. W modelu deficytu uważa się, że zaburzenie jest związane z defektami *ego* lub *self* w następstwie niepowodzeń rozwojowych. Przyjęcie jednego z tych stanowisk powoduje daleko idące konsekwencje w dalszym postępowaniu z pacjentami. Orędownikiem podejścia do zaburzeń *borderline* w teorii konfliktu był Otto Kernberg. Zwracał on uwagę na mechanizm rozszczepienia, który pojawia się w rozwoju dziecka. Jest on normalny w dzieciństwie i ratuje relację z matką. W późniejszym okresie staje się jednak podstawą do tworzenia zaburzonych mechanizmów obronnych. Jeśli zaś faza różnicowania siebie od obiektu, jakim jest matka, zostaje zakłócona, mechanizm rozszczepienia staje się podstawą działania w zaburzeniach z pogranicza. Orędownicy teorii deficytu (Bjørn Killingmo, Dan Buie, Ghazal Adler, Sidney Blatt, John Auerbach) koncentrują się na opisie uszkodzeń rozwojowych, będących w zaburzeniach z pogranicza następstwem wczesnodziecięcych doświadczeń. Nie zgadzają się oni z twierdzeniem, że osobowość z pogranicza jest zdeterminowana rozszczepieniem. Uważają, że osoby dotknięte tym schorzeniem cechują się brakiem uwewnętrzzonych podtrzymujących pozytywne obiectów, dlatego doświadczają trudności w kontaktach interpersonalnych. Są bardzo wrażliwi na rzeczywiste lub wyimaginowane porzucenie, co powoduje u nich stany silnego lęku i osamotnienia. One zaś obniżają poziom spójności *self*. Doświadczenie fragmentacji podwyższa poziom lęku i paniki.

Aron Beck i współpracownicy na gruncie teorii poznawczo-behawioralnej tłumaczą zaburzenia z pogranicza interakcją czynników temperamentu z wczesnodziecięcą traumą, np. w postaci niestabilnych relacji z rodzicami, doświadczenia zaniedbania, przemocy fizycznej oraz seksualnej. Jeffrey Young uważał, że w zaburzeniach osobowości z pogranicza powstaje dziewięć nieprzystosowawczych schematów:

1. Porzucenie/nadużycie.
2. Niepełnowartościowość.
3. Zależność.

4. Poddanie się (podporządkowanie).
5. Brak zaufania.
6. Nieadekwatna samodyscyplina.
7. Emocjonalne zahamowanie.
8. Wina/kara.
9. Emocjonalna deprivacja.

Marsha M. Linehan, tłumacząc zaburzenia z pogranicza w biospołecznej koncepcji dysfunkcji systemu regulacji emocji, przedstawia owo zaburzenie na trzech dymensjach. U ich podstaw występują czynniki biologiczne i społeczne. Wzorce z jednego bieguna osi, a więc emocjonalna podatność na zranienie, aktywna pasywność i nieustanny kryzys, są uwarunkowane wrodzoną dysfunkcją centralnego układu nerwowego. Natomiast unieważnienie emocji, pozorna kompetencja i powstrzymywanie żaloby kształtują się pod wpływem wczesnodziecięcych oddziaływań środowiskowych.

John L. Oldham i Lois B. Morris piszą o osobach przejawiających jedynie styl zmienny emocjonalnie²²². Styl takiej osobowości nie jest jeszcze zaburzeniem. Osoba zaburzona zrobi prawie wszystko, by uniknąć opuszczenia rzeczywistego albo wymyślnego. Osoba zaś ze stylem osobowościowym charakteryzuje się większą wrażliwością na wszystko, co może zaważyć na jakości jej więzi z innymi. Osoby zaburzone mają niestabilne relacje oscylujące wciąż pomiędzy idealizacją i dewaluacją. Osoby ze stylem osobowości charakteryzuje skłonność do nadinterpretacji zdarzeń i cudzych zachowań, ale relacje traktują one realistycznie i widzą ich złożoność. Osoby z zaburzeniem mają problemy z tożsamością oraz niestabilny obraz siebie. Ci zaś, którzy przejawiają taki styl osobowościowy, redukują niepewność siebie większą otwartością na odmienne style życia, role i systemy wartości. Są gotowi do eksperymentowania. Osoby zaburzone są impulsywne w sposób, który jest dla nich szkodliwy. Osoby zaś z takim stylem osobowościowym poszukują silnych wrażeń, ale w taki sposób, który ich raczej wzbogaca, niż zubaża.

Theodore Millon i Roger Davis wymieniają cztery rodzaje osobowości z pogranicza. Osoba zniechęcona z cechami osobowości unikającej, depresyjnej i zależnej jest podatna na wpływy, uległa, lojalna, potulna,

222 T. Millon, R. Davis, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, przeł. J. Kotlicka, Warszawa 2005, s. 554–605.

czuje się bezbronna i wciąż czymś zagrożona. Odczuwa beznadziejność, przygnębienie, bezradność i bezsilność. Osoba autodestrukcyjna z cechami osobowości depresyjnej i masochistycznej (nie ma tego zaburzenia w DSM-5) kieruje własną złość na siebie, nie ma zdolności do zachowań konformistycznych, przypochlebiania się innym czy okazywania im względów. Jest napięta, ponura i zagrożona samobójstwem. Osoba impulsywna z cechami osobowości histrionicznej lub antyspołecznej jest natomiast kapryśna, powierzchowna, niestała, roztargniona, szalona, uwodzicielska. Kiedy boi się kogoś utracić, staje się niespokojna, posępna, drażliwa i może mieć skłonności samobójcze. Osoba drażliwa z cechami osobowości negatywistycznej (też tego zaburzenia DSM-5 już nie wymienia) jest z kolei negatywistyczna, niecierpliwa, niespokojna. Jest też uparta, przekorna, naburmuszona, pesymistyczna i pełna urazy. Osoby takie łatwo się obrażają i szybko rozczarowują.

Terapia zaburzeń z pogranicza jest bardzo trudna. Wielu chorych przerywa terapię, skarżąc się na dewaluowanego terapeutę. Problem efektywności terapii jest związany z nasileniem samej patologii. Osoby mające umiejętności społeczne i silną wewnętrzną motywację są w stanie powstrzymać sprzeczne i kłopotliwe impulsy. Leczenie obejmuje psychoterapię podtrzymującą oraz ukierunkowaną na uzyskanie wglądu²²³. Terapeuta pełni funkcję pomocniczego *ego* w terapii. Jego zadaniem jest również wyznaczanie granic. Terapia behawioralna w przypadku takich pacjentów może pomagać kontrolować impulsy i wybuchy złości. Może też zmniejszać wrażliwość na krytykę i odrzucenie. Pomocna może być również farmakoterapia oraz krótkie okresy hospitalizacji. Terapeuta powinien monitorować przeciwpriemnienie i często korzystać z superwizji.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne

Osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi to perfekcyjniści²²⁴. Są mocno zaabsorbowani zaprowadzaniem porządku, mają potrzebę sprawowania kontroli interpersonalnej i psychicznej. Cechy te utrzymują się przez całe ich życie kosztem wydajności, elastyczności oraz szczerości. U niektórych pacjentów z zaburzeniem osobowości nie rozwijają się ani

223 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 300–303.

224 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 616–617.

obsesje, ani kompulsje. Osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi są nadmiernie zatroskane o szczegóły i skrupulatność. Nalegają też na innych, by tak postępowali. Ich zachowania często ograniczają skuteczność w pracy. Czasami na tle zaburzeń rozwija się u nich również depresja.

Często ich cechą charakterystyczną jest skąpstwo i trudność w pozbywaniu się nawet bezwartościowych już przedmiotów. Mają też problem z wyrażaniem uczuć. Występują u nich trudności z korzystaniem z wolnego czasu. Ciągłe sporządzają listy czynności, które angażują ich uwagę, i drobiazgowo planują każdą przyjemność, choć często z niej rezygnują. Postrzegani są często jako sztuczni, sztywni i moralizujący.

Zaburzenie to występuje u ok. 5% populacji i dotyczy głównie mężczyzn. Badania wykazały, że owo schorzenie jest w umiarkowanym stopniu uwarunkowane genetycznie²²⁵. Osoby chore są wysoce sumienne, co w dalszej kolejności prowadzi do obsesyjnego perfekcjonizmu i tendencji do kontrolowania innych. Osoby te są bardzo asertywne, ale nie wykazują skłonności do uległości. Wykazują niski poziom zainteresowania nowością czy nowinkami, często uzależniają się od potencjalnej nagrody, za to bardzo drobiazgowo dbają o to, by zawsze uniknąć ewentualnej szkody.

Podręcznik ICD-10 mówi o zaburzeniach osobowości anankastycznej, które odpowiadają osobowości obsesyjno-kompulsywnej opisanej w DSM-5²²⁶. Osoby te charakteryzują się nadmiarem wątpliwości i ostrożnością, pochłonięciem przez szczegóły, perfekcjonizmem, nadmierną sumiennością, pedanterią, sztywnością, uporem, nierozsądnym przypuszczeniem, że inni się dokładnie podporządkują sposobom działania pacjenta oraz pojawianiem się natarczywych i niechcianych myśli i impulsów. Osoby te są tak mocno zaabsorbowane wypełnianiem zobowiązań, że zaniedbują przy tym przyjemności i relacje międzyludzkie²²⁷.

Cechy charakterystyczne zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego można umieścić na osi kontinuum rozciągającego się od patologii do normy²²⁸. Osoba z zaburzeniem w sposób dogmatyczny przestrzega zasad moralności, etyki i religii. Osoba zaś ze stylem sumiennym ceni sobie

225 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, op. cit., s. 425–430.

226 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, op. cit., s. 173–174.

227 V. Dittmann, A. Ermer, R.-D. Stieglitz, *Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych*, op. cit., s. 195–207.

228 T. Millon, R. Davis, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, op. cit., s. 231–276.

uczciwość wobec zasad, ale czasami odstępuje od sztywnych reguł. Osoba zaburzona jest tak zaabsorbowana regułami, że traci z oczu całość obrazu. Osoby ze stylem osobowości sumiennym nie są przytłoczone przez szczegóły. Osobę zaburzoną cechuje dążenie do perfekcyjnego wykonania każdej czynności. Osoba ze stylem osobowości potrafi sobie nakreślić rozsądne granice. Osoba zaburzona jest tak oddana pracy, że rozrywki, przyjaciele czy życie rodzinne zostają zepchnięte na dalszy plan. Osoba o stylu osobowości potrafi pracować ciężko i wytrwale, ale dostrzega też znaczenie bliskich relacji z ludźmi. Osoba zaburzona nie potrafi pozbyć się rzeczy zużytej lub bezwartościowej, osoba ze stylem osobowości chociaż uznaje, że dana rzecz może się jej przydać, potrafi przy tym zachować zdrowy rozsądek i wyrzucić przedmiot, gdy nie jest już potrzebny. Osoba zaburzona nie potrafi scedować na innych zadań i obowiązków. Wymaga też wykonywania zadania w ściśle określony sposób. Osoba o stylu osobowości umie przyznać, że inni też mają dobre pomysły. Potrafi też zmienić algorytm swojego postępowania, gdy inne rozwiązanie okaże się lepsze. Osoba zaburzona jest skąpa. Osoba o stylu osobowości jest oszczędna, ale nie kosztem relacji z bliskimi. Osoba zaburzona jest sztywna i uparta; osoba z sumiennym stylem osobowości jest natomiast zdolna do krytycznej analizy faktów i zmiany stanowiska.

Theodore Millon i Roger Davis wymieniają pięć rodzajów osobowości obsesyjno-kompulsywnej. Pierwszy typ to osoba sumienna²²⁹. Jest to osoba skrupowana regułami i obowiązkami, poważna, pracowita, pedantyczna, skrupulatna, niezdecydowana oraz nieelastyczna²³⁰. Są to osoby pozbawione wiary w siebie i bojące się pomyłek i błędów. Drugi typ to osoby spętane, z cechami osobowości negatywistycznej. Są one pełne wewnętrznych sprzeczności, czują się udręczone, mają zamęt w głowie. Są ponadto niezdecydowane, zdezorientowane, nękanie wewnętrznymi konfliktami, chaosem czy frustracjami. Natrętne myśli i przymusowe czynności służą w ich przypadku do opanowania emocji. Trzeci typ to sknera z cechami osobowości schizoidalnej. Są to osoby skąpe, chciwe, niezdolne do dawania i dzielenia się z innymi. Mają problemy w rozstawianiu się z rzeczami, zabezpieczają się przed jakąkolwiek stratą. Boją się ujawniania

229 J.M. Oldham, L.B. Morris, *Twój psychologiczny autoportret*, przeł. A. Bielik, Warszawa 2018, s. 72–95.

230 T. Millon, R. Davis, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, op. cit., s. 231–276.

swojego wnętrza, ciemnych stron i sprzecznych impulsów. Czwartym typem osobowości obsesyjno-kompulsywnej jest biurokrata z cechami osobowości sadystycznej. Biurokrata czuje się silny w formalnych organizacjach, reguły w grupie zapewniają mu bowiem poczucie tożsamości i bezpieczeństwa. Jest nadgorliwy, władczy, pozbawiony wyobraźni, wścibski, natrętny, małostkowy. Ma również ciasny umysł. Piąty typ to purytanin z cechami osobowości paranoicznej. Jest surowy, przekonany o swojej moralnej wyższości, nietolerancyjny. Ma dogmatyczne poglądy. Jest gorliwy, nieprzejednany, nie uznaje kompromisów. Ma skłonność do ferowania wyroków i oburzenia. Jest też ponury, pruderyjny. Przez takie zachowania kontroluje własne odrażające impulsy i fantazje.

Szukając przyczyn zaburzenia osobowości obsesyjno-kompulsywnego, Zygmunt Freud zaobserwował u takich pacjentów cechy tzw. triady analnej: uporządkowanie, upór i skąpstwo²³¹. Według Glena O. Gabbarda za dążeniem osób obsesyjno-kompulsywnych do perfekcji ukryte jest niezrealizowane i nieświadome pragnienie miłości i aprobaty. Otto Kernberg zalicza natomiast zaburzenie osobowości obsesyjno-kompulsywnej do patologii wyższego rzędu, neurotycznego, w przeciwieństwie do tych, które rozwojowo sytuują się na poziomie *borderline*. W takich zaburzeniach pozytywne i negatywne reprezentacje *self* i obiektu są względnie zintegrowane. Dominują też mechanizmy obronne oparte na wyparciu (a nie na rozszczepieniu), takie jak intelektualizacja, izolacja afektu, formacja reaktywna, racjonalizacja czy przemieszczenie.

Aaron Beck i jego współpracownicy, tłumacząc zaburzenie osobowości obsesyjno-kompulsywnej, opierają się na teorii poznawczo-behawioralnej. Stwierdzają, że osoby z tym zaburzeniem charakteryzują się nietolerancją niepewności oraz stosowaniem strategii unikania błędów, z których wynika dla nich większość problematycznych cech związanych z zaburzeniem. U podłoża tych strategii leżą ukryte reprezentacje własnej osoby jako odpowiedzialnej, solidnej, porządnej i kompetentnej, w odróżnieniu od reprezentacji innych ludzi jako nieodpowiedzialnych, zbyt swobodnych, niekompetentnych oraz pobłażających sobie. Osoby obsesyjno-kompulsywne mogą cierpieć na różne zaburzenia poznawcze, np. myślenie dychotomiczne (jeśli coś nie jest właściwe, to z definicji jest

231 M. Andrałojć, M. Ziarko, *Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości*, [w:] *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, red. L. Cierpiałkowska, E. Soroko, Poznań 2014, s. 277–289.

niewłaściwe), myślenie magiczne (błędów i katastrof można uniknąć, jeśli się nimi przejmuję), nadmierne uogólnianie (jeśli coś zrobię nie najlepiej, jestem jako osoba nie do przyjęcia) oraz nadużywanie imperatywów (muszę, powinienem, trzeba).

Większość pacjentów obsesyjno-kompulsywnych z powagą podchodzi do terapii²³². Są jednak często frustrujący. Osobie z takim zaburzeniem trudno jest związać się z kimś emocjonalnie. Uczucia, które są ważne w terapii, dla nich oznaczają utratę kontroli. Na koniec całego procesu terapeutycznego często są niezadowoleni, ponieważ według ich przekonania pieniądze i praca, które inwestują, idą na marne podczas tych spotkań. W prowadzeniu pacjentów obsesyjno-kompulsywnych preferuje się terapię indywidualną, podtrzymującą lub ukierunkowaną na uzyskanie wglądu, zależnie od siły ego²³³. Korzystna może być czasami terapia grupowa. Powinna jednak uwzględniać problem kontroli, uległości oraz intelektualizacji.

Zaburzenie narcystyczne

Według kryteriów podręcznika DSM-5 osoby narcystyczne mają poczucie wielkości i pragną być podziwiane²³⁴. Wyolbrzymiają swoje zdolności i osiągnięcia. Są zaabsorbowane swoimi fantazjami na temat piękna, świetności, doskonałej miłości, władzy czy sukcesu. Są przekonane, że ze względu na swoją niezwykłość powinny zadawać się wyłącznie z ludźmi i instytucjami o elitarnym statusie. Są to osoby często aroganckie i wyniosłe, do tego przekonane, że są obiektem zazdrości ze strony innych, chociaż często bywa odwrotnie. Brak empatii sprawia, że wykorzystywanie innych ludzi do osiągnięcia własnych celów jest łatwo racjonalizowane. Zaburzenia narcystyczne zaliczane są do wiązki zaburzeń osobowości B, czyli do zaburzeń dramatycznych, emocjonalnych i niekonwencjonalnych²³⁵.

232 T. Millon, R. Davis, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, op. cit., s. 231–276.

233 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 307–309.

234 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 608–610.

235 J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń. DSM-5*, przeł. S. Pikiel, A. Sawicka-Chrapkiewicz, Sopot 2017, s. 423–424.

W podręczniku ICD-10 osobowość narcystyczna znajduje się w grupie schorzeń niespecyficznych, czyli innych zaburzeń osobowości²³⁶. Zaburzenia te są kodowane jako F60.8, razem z zaburzeniami osobowości ekscentrycznej, niedojrzałej, bierno-agresywnej i psychoneurotycznej²³⁷.

Rozpowszechnienie narcystycznych zaburzeń osobowości w populacji ogólnej wynosi mniej niż 1%. Częściej występuje u mężczyzn²³⁸.

Podejście psychodynamiczne zwraca uwagę na wielkościowe *self* lub też wyidealizowany obiekt rodzica u osób z zaburzeniami narcystycznymi²³⁹. Według teorii Heinza Kohuta niezmieniona i archaiczna wielkościowość i ekshibicjonizm u osoby narcystycznej nie mogą zostać zintegrowane z resztą dojrzewającej psychiki. Dlatego dochodzi do ich wyparcia i odseparowania przez rozszczepienie. Według Ottona Kernberga osobowość narcystyczna nie integruje negatywnych i pozytywnych reprezentacji *self* i obiektów. W rezultacie powstaje ekstremalnie nierealistyczne i wyidealizowane, patologiczne i wielkościowe *self*. Psychologia poznawcza w tłumaczeniu przyczyn rozwoju zaburzeń narcystycznych zwraca uwagę na tworzenie strategii ochrony przed bólem i wzmacniających poczucie własnej ważności u osób narcystycznych. Z jednej strony taka osoba uzyskuje pochlebne opinie na swój temat, z drugiej zaś deprecjonuje innych. Dzięki temu jest w stanie obronić swoją wysoką samoocенę. Paradoksalnie za postawą narcystyczną może się bowiem kryć kruche poczucie własnej wartości oraz lęk przed porażką²⁴⁰. Głównym mechanizmem osób narcystycznych według teorii społecznego uczenia się jest racjonalizacja pozwalająca zawsze zachować dobre zdanie na swój temat. Gdy ona zawiedzie, uruchamiane są mechanizmy fantazjowania i projekcji. Osoby narcystyczne bardzo źle radzą sobie z wszelkimi niedoskonałościami cielesnymi wynikającymi z choroby somatycznej lub operacji²⁴¹.

236 L. Cierpialkowska, *Psychopatologia*, Warszawa 2011, s. 315.

237 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, op. cit., s. 174.

238 A.D. Cameron, *Psychiatria*, op. cit., s. 158.

239 J. Gościński, *Narcystyczne zaburzenie osobowości*, [w:] *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, red. L. Cierpialkowska, E. Soroko, Poznań 2014, s. 154–170.

240 M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, przeł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Poznań 2003, s. 429.

241 B.K. Puri, I.H. Treasaden, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*, przeł. P. Sibilski, Wrocław 2014, s. 301.

W sytuacjach kryzysowych dochodzi u takich osób do załamania psychicznego i tendencji do zachowań samobójczych²⁴².

Według Theodore'a Millona i Rogera Davisa narcystyczne zaburzenie osobowości w większym stopniu dotyczy przedstawicieli zawodów cieszących się uznaniem społecznym, jak prawnicy, lekarze czy pracownicy nauki²⁴³. W równym stopniu dotyczyć to może przedstawiciele przemysłu rozrywkowego, sportu czy polityki. Tylko cienka granica dzieli zdrową pewność siebie od sztucznie rozdętego poczucia własnej wartości. Dlatego można mówić z jednej strony o stylu osobowości narcystycznej, a z drugiej strony o zaburzeniach osobowości narcystycznej. John M. Oldham i Lois B. Morris określają styl osobowości u osób ze zdrowszego bieguna kontinuum zaburzenia narcystycznego jako pewny siebie²⁴⁴. Osoby o stylu osobowości mają zdrowe poczucie własnej wartości, a osoby zaburzone mają to poczucie wartości wyolbrzymione. Osoby z narcystycznym stylem osobowości wykazują pewność siebie i tworzą konkretne plany, a osoby zaburzone przeżywają fantazje o niekończących się sukcesach. Osoby ze stylem osobowości wołają towarzystwo osób uzdolnionych, nie odczuwają jednak pogardy dla tych mniej uzdolnionych. Osoby zaburzone mają poczucie własnej wyjątkowości i zadają się tylko z innymi wyjątkowymi. Osoby ze stylem osobowości z wdziękiem przyjmują komplementy, zaś osoby zaburzone domagają się aktywnie podziwu i uwielbienia. Osoby ze stylem osobowości są pewne siebie, ale też skromne, a osoby z zaburzeniem czują się uprawnione do szczególnego traktowania. Osoby ze stylem osobowości wykorzystują możliwości swojego otoczenia, nie żądając za wiele, osoby zaburzone eksploatują zaś innych do osiągnięcia własnych celów. Osoba ze stylem osobowości potrafi oderwać się od własnych interesów, osoba zaburzona nie jest natomiast zdolna do empatii. Osoba o stylu narcystycznym potrafi podziwiać innych, uznając ich zasługi, osoba zaburzona bywa zaś zawistna o sukcesy i osiągnięcia innych. Osoba ze stylem narcystycznym jest po prostu pewna siebie, osoba z zaburzeniami jest arogancka i wyniosła.

242 V. Dittmann, A. Ermer, R.-D. Stieglitz, *Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych*, op. cit., s. 195–207.

243 T. Millon, R. Davis, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, przeł. J. Kotlicka, Warszawa 2005, s. 364–416.

244 J.M. Oldham, L.B. Morris, *Twój psychologiczny autoportret*, op. cit., s. 96–118.

Theodore Millon oraz Roger Davis podają kilka rodzajów zaburzeń osobowości narcystycznej. Pierwszy typ to osobowość pozbawiona zasad. Osoby te łączą narcystyczną pewność siebie z powtarzającymi się zachowaniami przestępczymi, charakterystycznymi dla osób antyspołecznych. Wykazują brak sumienia, są pozbawione skrupułów, amoralne, nielojalne, podstępne, zwodnicze, aroganckie, skłonne do wykorzystywania i oszukiwania innych. Są to osoby dominujące, pełne pogardy i mściwe. Osoby o osobowości narcystycznej kompensacyjnej starają się zwalczyć swoje głębokie poczucie własnej niższości i niskie poczucie wartości, stwarzając iluzję wyjątkowości i zasługiwania na uwagę i uwielbienie. Osoby o cechach narcystycznych uwodzicielskich mają również cechy histrioniczne. W swoich zachowaniach prowokują seksualnie, wabią, zwodzą. Są sprytnie i wygadane, niechętnie prawdziwej bliskości. Urzekają i naciągają naiwnych i bezradnych, kłamią i oszukują. Osoby narcystyczne o cechach elitarnych uważają natomiast, że mają specjalne prawa i przywileje. Szukają łatwego życia, chcą się pięć do góry, zabiegają o pozycję i korzyści związane z posiadania odpowiednich znajomości.

Zaburzenie narcystyczne jest zwykle przewlekłe i trudne do leczenia²⁴⁵. Takie osoby źle znoszą starzenie, gdyż pogłębia to ich narcystyczny uraz. Czasami powyższe nieprawidłowości są dodatkowo komplikowane przez towarzyszące im inne problemy, np. zaburzenia nastroju, psychozy oraz zaburzenia somatyzacyjne. U niektórych największe nasilenie cech narcystycznych przypada na okres wczesnej dorosłości. Potem sytuacja nieco się poprawia.

Zaburzenie antyspołeczne

Ludzie z zaburzeniami osobowości antyspołecznej lekceważą i naruszają prawa innych²⁴⁶. Nie potrafią i nie chcą się dostosowywać do norm społecznych. Nie istnieje jeden uniwersalny profil takiej osoby. Jedni przypominają ujmujących oszustów, drudzy zaś zwykłych zbirów. Zaburzenia antyspołeczne mogą się również łączyć z uprawianiem prostytucji lub z intensywnym nadużywaniem środków psychoaktywnych. Typowym zaś objawem dla osób z takimi zaburzeniami jest drażliwość i agresja.

245 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 306–307.

246 J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic*, op. cit., s. 597–600.

Często brak im odpowiedzialności, co bardzo wpływa na każdą sferę ich życia. Bywa, że kłamią, wdają się w bójki, angażują w zachowania przestępcze czy stosują przemoc w rodzinie. Nie mają z tego powodu żadnych wyrzutów sumienia, nawet jeśli twierdzą inaczej. Niejednokrotnie podejmują próby samobójcze. Trudno jednak ostatecznie rozstrzygnąć, czy wynikają one z problemów psychicznych, czy są raczej zawołowaną próbą manipulacji otoczeniem. Do osobnych dolegliwości można zaliczyć także problemy natury somatycznej.

Zaburzenie to dotyka 3% mężczyzn i tylko 1% kobiet. Najczęściej rozpoznawane jest (aż w mniej więcej trzech czwartych) wśród więźniów. Istotną prawidłowością jest ponadto częstsze jego występowanie w populacjach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. Za jego podłoże uznaje się zarówno uwarunkowania genetyczne, jak i środowiskowe. Dość częstym wstępem do poważniejszych problemów są zaburzenia związane z ogólnym deficytem uwagi czy nadpobudliwością w dzieciństwie oraz zaburzenia zachowania.

Twierdzi się, że zaburzenie osobowości antyspołecznej słabnie wraz z postępującym wiekiem, zostawiając po sobie głównie uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Życie części z tych osób kończy się jednak tragicznie w wyniku zabójstwa lub samobójstwa.

Diagnozy zaburzenia osobowości antyspołecznej nie można stawiać przed 18. rokiem życia, gdyż u połowy osób, których dzieciństwo jest naznaczone niepoprawnością, przestępczością i problemami w szkole, omawiane zaburzenie w ogóle się nie rozwija.

Podręcznik ICD-10 mówi o zaburzeniach osobowości dyssocjalnej, która mieści w sobie osobowość amoralną, antysocjalną, asocjalną, psychopatyczną oraz socjopatyczną²⁴⁷. Charakteryzuje się ona, podobnie zresztą jak opisywana w DSM-5 osobowość antyspołeczna, bezwzględnym nieliczeniem się z uczuciami innych, nieodpowiedzialnością, lekceważeniem norm, reguł i zobowiązań społecznych, niemożnością utrzymania trwałych związków, niską tolerancją frustracji, niskim progiem wyzwalania agresji, niezdolnością przeżywania poczucia winy i korzystania z doświadczeń oraz wyraźną skłonnością do obwiniania innych. Istotne jednak, że same zachowania przestępcze lub kryminalne nie

247 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, op. cit., s. 172.

uzasadniają jeszcze rozpoznania zaburzenia osobowości²⁴⁸. Są do tego potrzebne także inne przesłanki.

Cechy osobowości antyspołecznej również można umieścić na kontinuum od normy do patologii. Stylem osobowości przeciwstawnym do zaburzenia antyspołecznego jest wtedy styl awanturniczy²⁴⁹. Według Theodore'a Millona i Rogera Davisa na granicy normy i patologii znajdują się osoby, które nigdy nie weszły w konflikt z prawem²⁵⁰. Zawdzięczają to nie-raz dużej skuteczności w zacieraniu śladów. Autorzy widzą w tej grupie przemysłowców oraz przedsiębiorców działających w tzw. szarej strefie. W przypadku zaburzenia osobowości stale dochodzi do naruszania norm społecznych. U osób ze stylem awanturniczym własny system wartości jest stawiany ponad wartościami grupy. Osoba zaburzona, aby osiągnąć swoje cele, oszukuje innych. Osoba ze stylem osobowości przeinacza fakty w sposób korzystny dla siebie. Osoba zaburzona jest tak impulsywna, że nie zastanawia się nad konsekwencjami swoich czynów. Osoba zaś ze stylem awanturniczym jest spontaniczna, ale potrafi odroczyć gratyfikację, aby nie przekroczyć norm. Osoba zaburzona jest pobudliwa i agresywna, wdaje się w kłótnie i bójki. Osoba ze stylem osobowości jest zaś asertywna, wymusza respekt wobec siebie samą swoją obecnością. Osoba z zaburzeniami osobowości lekceważy lekkomyślnie swoje bezpieczeństwo oraz dobro swoje i innych. Osoba ze stylem awanturniczym uważa się za bardziej odporną niż inni. Osoba zaburzona zachowuje się też nieodpowiedzialnie w związku z pracą i finansowymi zobowiązaniami. Osoba ze stylem awanturniczym woli wolność od zewnętrznych ograniczeń i wydawanie pieniędzy na bieżące uciechy od roztropnego planowania przyszłości. Osoba zaburzona nie ma sumienia i racjonalizuje swój zwyczaj wyzyskiwania ludzi. Osoba ze stylem awanturniczym może natomiast zabiegać o swoje agresywnie i impulsywnie, ale jej zachowanie pozostaje w granicach norm moralnych, społecznych i prawnych.

Można wyróżnić kilka rodzajów osobowości antyspołecznej. Pierwsza to osobowość nomadyczna z cechami osobowości schizoidalnej i unikającej. Osoba zaburzona uważa się za źle potraktowanego przez los pechowca. Uważa się za człowieka przeklętego i odrzuconego. Tuła się na marginesie

248 V. Dittmann, A. Ermer, R.-D. Stieglitz, *Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych*, op. cit., s. 195–207.

249 J.M. Oldham, L.B. Morris, *Twój psychologiczny autoportret*, przeł. A. Bielik, Warszawa 2018, s. 237–262.

250 T. Millon, R. Davis, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, op. cit., s. 135–186.

życia społecznego jako włóczęga, wyrzutek społeczny, odmieniec, wieczny wagabunda i tramp. Towarzyszy takiej osobie tendencja do impulsywnej złośliwości. Drugi rodzaj to osobowość zachłanna. Takie osoby czują się celowo odrzucone i pozbawione możliwości zaspokojenia własnych potrzeb. Są drapieżne, zawistne, nienasycone w swoich pragnieniach. Są też zazdrosne, skłonne do rewanżyzmu, łapczywe; znajdują większą przyjemność w braniu niż dawaniu. Trzeci rodzaj osobników antyspołecznych to tzw. osobowość wroga. Osoby cierpiące na to schorzenie mają cechy osobowości sadystycznej (*notabene* niewymienianej w DSM-5) i paranoicznej. Są to osoby zaczepne, zjadliwe, zawzięte, dokuczliwe, szkodzące innym, brutalne. Są pełne urazy, wciąż spodziewają się zdrady i ukarania. Pragną zemsty, są okrutne, niewrażliwe, pozbawione strachu i nie mają wyrzutów sumienia. Czwartym rodzajem osobowości antyspołecznej są osoby ryzykujące z cechami osobowości histrionicznej. Są to osoby nieustraszone, lubiące ryzyko, uparte, śmiałe, zuchwałe, odważne, nieostrożne, lekkomyślne, impulsywne. Lekceważą przeszkody i wdają się w niebezpieczne przedsięwzięcia. Piąty rodzaj to natomiast osobowość broniąca własnej reputacji, nosząca jednocześnie znamiona osobowości narcystycznej. Osoby cierpiące na tę przypadłość potrzebują potwierdzenia własnej doskonałości, niezłomności, nieugiętości w oczach innych ludzi. Robią wrażenie groźnych i nietykalnych, bezkompromisowych w sytuacji zagrożenia własnej pozycji. Nadmiernie też reagują na sygnały lekceważenia.

Wielu spośród badaczy poszukiwało przyczyn zaburzenia antyspołecznego w teoriach genetycznych²⁵¹. Uczni doszli ostatecznie do wniosku, że tego rodzaju zachowania są powiązane między innymi z funkcjonalnym polimorfizmem w genie kodującym monoaminooksydazę A (MAOA) oraz genie systemu serotonergicznego (5-HITLPR). Tę pierwszą zależność zaobserwowano u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Badania współczesne idą w kierunku szacowania wielkości wpływu czynników zarówno genetycznych, jak i środowiskowych. Większa zgodność w występowaniu zaburzeń pojawia się u bliźniąt, a wśród nich u bliźniąt jednojajowych. Rozwój osobowości antyspołecznej u mężczyzn powiązany jest ze słabszą opieką i większą restrykcyjnością ze strony matek. U kobiet rozwój osobowości antyspołecznej związany

251 B. Pastwa-Wojciechowska, *Psychopatyczne/antyspołeczne zaburzenia osobowości*, [w:] *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, red. L. Cierpiałkowska, E. Soroko, Poznań 2014, s. 214–234.

jest natomiast ze słabszą opieką ze strony ojca oraz odmawianiem psychologicznej niezależności ze strony matki.

W badaniach neurologicznych szczególne znaczenie w analizie przyczyn zaburzeń antyspołecznych przypisuje się zmianom w obrębie płatów czołowych i skroniowych. Klasyczne badania odwołujące się do asymetrii funkcjonalnej półkul mózgowych wykazały u osób z tendencjami antyspołecznymi występowanie głębokich dysfunkcji tych okolic po stronie lewej. Badania eksperymentalne wykazały też, że elektryczna stymulacja brzuszno-bocznego jądra ciała migdałowatego, podobnie jak stymulacja przyśrodkowej części podwzgórza, wywołuje i wzmacnia wybuchy gniewu i wściekłości. Drażnienie grzbietowo-przyśrodkowego obszaru ciała migdałowatego blokuje zaś ośrodki wściekłości. Stwierdzono też, że osoby z dysfunkcjami skroniowymi mózgu popełniają częściej przestępstwa na tle seksualnym, w gronie zaś osób z uszkodzeniami płatów czołowych jest więcej sprawców napadów.

Kolejną grupą teorii poszukujących przyczyn zaburzeń antyspołecznych są teorie psychodynamiczne. Otto Kernberg zwraca uwagę na zaburzenia *superego* u osób antyspołecznych. Definiuje strukturę osobowości antyspołecznej jako taką, która pozbawiona jest działającego zintegrowanego *superego* przy patologicznym przeroście zagrożonego i agresywnego *self*.

Koncepcje poznawczo-behawioralne zwracają szczególną uwagę na fakt, że kluczowe przekonania osób antyspołecznych koncentrują się na potrzebie dbania o własne interesy w obliczu wrogich i czyhających na nich innych ludzi. Bycie agresorem jest według nich bezpieczniejsze niż stanie się ofiarą. Dlatego czują się usprawiedliwieni w przemocy wobec innych.

Theodore Millon w koncepcji bio-psycho-społecznej zauważa, że zarówno osoby antyspołeczne, jak i narcystyczne można traktować jako dwa niezależne typy, które polegają wyłącznie na sobie w poszukiwaniu satysfakcji życiowej.

Osoby z zaburzeniem antyspołecznym wywołują często odruch odrazy moralnej²⁵². Dlatego są najtrudniejszymi osobami do terapii. Najczęściej też nie przychodzą na terapię dobrowolnie. Jest ona wymuszona groźbą w postaci usunięcia ze szkoły, wyrzucenia z pracy czy założenia

252 T. Millon, R. Davis, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, op. cit., s. 135–186.

sprawy rozwodowej. Niektórzy uczestniczą w niej podczas pobytu w więzieniu. Praca z takimi osobami związana jest z jasnym stawianiem granic, na wprowadzaniu zewnętrznych środków przymusu, które kształtują ich *superego*. Większość specjalistów uważa, że szanse na uzyskanie poprawy rosną wraz z wiekiem pacjentów. Bardziej efektywna jest terapia grupowa. Grupa występuje wówczas jako rodzaj sumienia społecznego. Dowodzą również korzystne działanie grup samopomocowych²⁵³. Niekiedy pomaga też długoterminowa hospitalizacja lub pobyt w społeczności terapeutycznej. Skuteczna bywa ponadto terapia behawioralna.

11. Zaburzenia związane z doświadczaniem przemocy

„Doznawana przemoc w dzieciństwie może powodować wystąpienie depresji już w wieku przedszkolnym i szkolnym, objawiającej się:

1. zaburzeniami emocjonalnymi – trwałym przeżywaniem smutku, przygnębienia, ale także rozdrażnieniem lub zaburzeniami lękowymi;
2. zaburzeniami zachowania – spowolnieniem lub nadpobudliwością ruchową, społecznym wycofaniem;
3. zaburzeniem funkcji poznawczych – ograniczeniem zainteresowań, problemami z koncentracją uwagi, obniżeniem tempa nauki;
4. objawami somatycznymi – utratą łaknienia, zaburzeniami snu, bólami brzucha, głowy, zaburzeniami miesiączkowania”²⁵⁴.

U młodszych dzieci objawy mogą przybierać postać np. nagłego przypominania sobie dziwnych obrazów, dysocjacji osobowości, lęku przed ciemnością, koszmarów sennych, wtórnego moczenia czy zanieczyszczenia się kałem, niekiedy zabaw polegających na monotonnym powtarzaniu tej samej czynności. U dzieci doznających przemocy znacznie częściej występują dolegliwości pod postacią bólów brzucha, głowy, zakażeń układu moczowego, astmy, nawracających infekcji dróg oddechowych, wymiotów. Dziecko może także zamilknąć (mutyzm), dając tym samym

253 H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, op. cit., s. 297–300.

254 N. Dera, W. Gruszczyński, *Problemy medyczne agresji i przemocy w rodzinie*, „Forum Dyskusyjne” 2011, s. 268-269.

wyraz przeżywanemu lękowi. U ofiar przemocy domowej, poddawanych intensywnej przemocy psychicznej często rozwija się tzw. proces wiktylizacji, który zmienia poczucie tożsamości maltretowanej osoby²⁵⁵.

Dzieci będące ofiarami przemocy bardzo rzadko decydują się na zgłoszenie komukolwiek faktu, że są bite. Są zastraszone, a przez to niezdolne do głośnego protestu, nie szukają pomocy. Inni ludzie, sąsiedzi, a nawet bliscy bardzo często pozostają obojętni i ślepi na ludzką krzywdę. Lapidarnie pisze o tym Anna Grajcarek:

Przerażone, bite, poniżane, obdarte z godności i dzieciństwa, okaleczone, głodne, opuszczone, udręczone, odrącone, wykorzystywane seksualnie, krzywdzone na różne sposoby, nikomu niepotrzebne, nie wołają o pomoc, bo krzyki krzywdzonych dzieci są bezgłośne. Dlaczego nikt nie chce słyszeć ich błagalnego płaczu. Strasznie samotne, choć wokół tłumi. Tłumi obojętnych, którym nikt nie powiedział, że obojętność to zło. Których nikt nie nauczył, że obojętność wobec krzywdy dzieci to grzech, że milczenie to największy sprzymierzeniec zła, a każde okrucieństwo to zbrodnia²⁵⁶.

Zjawisko krzywdzenia dzieci, mimo wielowiekowej historii, zostało rozpoznane i opisane dopiero w XX wieku. We wszystkich epokach dzieci były bite, poniewierane, maltretowane. Na przestrzeni wieków ofiarami takiego znęcania zajmowały się wyłącznie towarzystwa dobroczynne. Agata Brzozowska i Magdalena Błachno piszą:

Początkowo zwracano uwagę głównie na bezpośrednie, ściśle medyczne skutki urazów fizycznych związanych z przemocą fizyczną. Przez wiele lat pomijano inne, a często współwystępujące formy krzywdzenia, jak przemoc emocjonalna, zaniedbywanie dzieci czy wykorzystywanie seksualne. [...] Poza oczywistymi skutkami urazów, jakimi były śmierć lub niepełnosprawność, donoszono o wpływie maltretowania na rozwój psychoruchowy dziecka; jego opóźnienie, upośledzenie rozwoju funkcji poznawczych, zaburzenia kształtowania więzi z otoczeniem. W miarę poznawania problemu objęto terminem zespołu dziecka maltretowanego szkody natury psychicznej i moralnej²⁵⁷.

Wyróżnione zostały cztery rodzaje kategorii krzywdzenia dzieci przez rodziców lub opiekunów:

255 N. Dera, W. Gruszczyński, *Problemy medyczne agresji i przemocy w rodzinie*, op. cit., s. 269.

256 A. Grajcarek, *O dramacie dzieci krzywdzonych*, [w:] *Jak rozpoznać dziecko krzywdzone. Poradnik dla osób pracujących z dziećmi i młodzieżą*, red. A. Grajcarek, Kraków 2014, s. 11.

257 A. Brzozowska, A. Błachno, *Maltretowanie fizyczne i wykorzystanie seksualne dziecka*, [w:] *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, op. cit., s. 352.

- krzywdzenie fizyczne,
- krzywdzenie psychiczne, czyli emocjonalne,
- nadużycia seksualne,
- zaniedbanie.

Alina Margolis pisze natomiast, iż definicja przemocy wobec dzieci sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jest dość szeroka. Możemy na jej podstawie stwierdzić, że krzywdzenie dziecka to m.in. „stwarzanie istotnego ryzyka dla jego zdrowia, rozwoju lub fizycznego bezpieczeństwa. Zdrowie uznane jest jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie jako brak choroby lub niedomagania”²⁵⁸.

Każda forma przemocy (psychiczna, fizyczna, seksualna) może być doświadczana jako krytyczne wydarzenie życiowe.

Krzywdzenie fizyczne to umyślne zadawanie dziecku urazów cielesnych; zwane jest też maltretowaniem. Obejmuje ono m.in. znęcanie się, bicie, rzucanie, kopanie, nierzadko okrucieństwo, a także mniej lub bardziej ciężkie kary fizyczne. Wśród nich wymienić można np. używanie nadmiernej siły podczas karmienia niemowlęcia butelką ze smoczką, potrząsanie dzieckiem („zespól dziecka potrząsanego“), świadomie zadawane oparzenia, duszenie i trucie dziecka.

Krzywdzenie psychiczne, czyli emocjonalne, jest pochodną zerwania stosunku na linii rodzice – dziecko. Polega ono na krzywdzeniu uczuć malca albo na nieokazywaniu mu uczuć. Wyraża się poprzez odrzucanie dziecka, upokarzanie, lekceważenie, zastraszanie, a nawet terroryzowanie. W literaturze naukowej wymieniane są ponadto:

- Brak dostępności emocjonalnej (rodzice często cierpią na depresję lub inne choroby lub są uzależnieni od środków psychoaktywnych).
- Wrogość w stosunku do dziecka, tj. stosowanie surowych kar, czynienie z dziecka „kozła ofiarnego”.
- Niespójne interakcje między dzieckiem a rodzicami – zachowania rodziców są dla dziecka nieprzewidywalne.
- Nieodpowiednie do wieku i poziomu rozwoju oczekiwania.
- Ekspozycja dziecka na traumatyczne wydarzenia, np. narażanie go na obserwację aktów przemocy między rodzicami.

258 A. Margolis, *Zespól dziecka krzywdzonego*, [w:] *Jak rozpoznać dziecko krzywdzone*, op. cit., s. 23.

- Nieuznawanie granic psychologicznych dziecka, np. włączanie go w kłótnie między rodzicami.
- Hamowanie lub zakłócanie socjalizacji dziecka, np. przez ograniczanie kontaktów z rówieśnikami²⁵⁹.

Ten typ krzywdzenia może przechodzić w sposób zupełnie niezauważony, ma natomiast bardzo negatywny wpływ na osobowość i rozwój dziecka. W niedalekiej przyszłości może ono przejawiać apatię, agresję, nadmierną ugodowość, przesadnie dbać o wygląd, czystość, lub udawać dobre zachowanie.

Zaniedbywanie dziecka to niezapewnienie mu warunków do prawidłowego rozwoju (ignorowanie jego potrzeb). W skrajnych przypadkach może dochodzić do deprivacji sensorycznej, polegającej na niedostatecznym odżywianiu dziecka, niedbałości o jego ubiór, higienę, niezapewnieniu opieki zdrowotnej, ale także nieprzestrzeganiu obowiązku szkolnego.

Nadużycia seksualne (wykorzystywanie seksualne, pedofilia, pornografia, czyny lubieżne) dokonywane na dzieciach to włączanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest w stanie zrozumieć i udzielić na nią zgody. Są to czynności, do których dziecko nie dojrzało i które są niezgodne z normami prawnymi społeczeństwa (WHO)²⁶⁰.

Według badań National Center on Child Abuse and Neglect 12–25% dziewcząt oraz 8–10% chłopców padło ofiarą wykorzystania seksualnego. W Polsce co piąta dziewczynka oraz co piętnasty chłopiec poniżej 15. roku życia doświadczył jakiejś formy nadużycia seksualnego²⁶¹.

Wykorzystanie seksualne nie zawsze odbywa się z użyciem przemocy, dziecko może zostać w pewnym sensie „uwiedzione”. Z punktu widzenia prawnego nie ma to jednak dużego znaczenia, bowiem jest to nielegalne i niezależnie od woli samego dziecka to ono uznawane jest za ofiarę takiej interakcji. Innymi słowy, zawsze dorosły jest winny, nawet jeśli nieletni nie sprzeciwia się tego rodzaju kontaktom lub nawet gdy je sam inicjuje. O fakcie wykorzystania seksualnego świadczą następujące objawy:

- erotyzacja dziecka;
- uwodzący typ zachowań wobec dorosłych;

259 Ibidem, s. 361–362.

260 Por. *Jak rozpoznać dziecko krzywdzone*, op. cit.

261 J. Holka-Pokorska, *Zagadnienia rozwoju psychoseksualnego dzieci i młodzieży – norma i patologia*, [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, red. B. Remberk, op. cit., s. 330.

- nadmierne zainteresowanie kontaktami seksualnymi;
- lęk przed sytuacjami, których wcześniej dziecko się nie bało; zbyt wczesna lub kompulsywna masturbacja; erotyczna twórczość dziecka;
- zaburzenia snu (koszmary senne, moczenie nocne, lunatykowanie);
- brak akceptacji swojej płci;
- agresja seksualna wobec innych dzieci; nagła zmiana zachowania na nietypowe dla danego dziecka²⁶².

Dziecko wykorzystane seksualnie to nieletni w wieku bezwzględnej ochrony, którego osoba dojrzała seksualnie naraża na aktywność natury seksualnej w celu zaspokojenia własnego popędu²⁶³. Przemoc seksualna wobec dzieci jest przestępstwem, za które można odpowiadać karnie. Nie jest ono jednak prawnie jednolite; wyróżniono szereg czynności zabronionych:

- zgwałcenie małoletniego poniżej 15. roku życia,
- nadużycie stosunku zależności,
- obcowanie z małoletnim poniżej lat 15,
- uwodzenie dzieci przez Internet, tzw. grooming,
- kazirodstwo,
- pornografię,
- sutenerstwo,
- stręczycielstwo²⁶⁴.

Dzieci, które były ofiarami przemocy, doświadczają jej długotrwałych następstw, takich jak brak poczucia bezpieczeństwa i przekonania o własnej wartości. Wiele trudności pojawia się także w kontekście nawiązywania i podtrzymywania więzi z innymi.

W klasyfikacji ICD 10 zaburzenia charakterystyczne dla DESNOS (*disorders of extreme stress not otherwise specified*) są określane jako „trwała zmiana osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej)” – F.62.0²⁶⁵.

262 Ibidem, s. 330–331.

263 A. Bryńska, *Przemoc w rodzinie, przemoc seksualna wobec dzieci, postępowanie wobec ofiar przemocy*, [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, op. cit., s. 609–611.

264 Ibidem, s. 610.

265 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Uniwersyteckie Wyd. Med. „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1997: 176.

Kryteriami diagnostycznymi w DESNOS są²⁶⁶:

- zmiany w regulacji emocji,
- zmiany w zakresie uwagi i świadomości,
- zmiany w relacjach z innymi,
- somatyzacje,
- zmiany w systemie wartości.

Jak podają badacze, głównie psychiatrzy dziecięcy, „w wyniku neurotoksycznego oddziaływania biochemicznych parametrów stresu dochodzi do uszkodzenia organicznego i zaburzeń neuronów, jak i ich połączeń – głównie kory czołowej (funkcje poznawcze) i układu limbicznego (tzw. mózg emocjonalny)”²⁶⁷.

266 T. Luxenberg, J. Spinazzola, J. Hidalgo i wsp., *Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS). Part two: treatment*, „Directions in Psychiatri” 2001; 21: 395-414.

267 N. Dera, W. Gruszczyński, *Problemy medyczne agresji i przemocy w rodzinie*, dz. cyt., s. 269.

Rozdział II

Typy zaburzeń psychicznych ukazane w wybranych utworach literatury oraz dziełach filmowych

Zaburzenia psychiczne mogą być wykorzystywane przez pisarzy oraz scenarzystów jako motywy literackie i filmowe, które pełnią w ich twórczości szczególną funkcję. Ambitus funkcjonalizacji takiego motywu jest dość szeroki. Z jednej strony twórcy mogą traktować go jako „chwyt”, wykorzystywany w postaci budulca w poetyce powieści sensacyjnej czy thrillera, z drugiej zaś mogą korzystać z motywiki tego typu, aby obudować swoje dzieło na poziomie teoretycznym. W drugim przypadku motywy uzasadnione są solidną argumentacją w postaci przygotowania pisarza. Twórca dzięki kierunkowemu wykształceniu lub samodzielnej pracy badawczej może zbudować świat, w którym narrator potrafi wczuwać się w sytuację bohaterów, poniekąd korespondując z nimi za sprawą elementarnej empatii i umiejętności zrozumienia. W niniejszej pracy analizie zostały poddane dzieła, które wpisują się w ten drugi typ funkcjonalizacji motywów literackich i filmowych. Najważniejszym kryterium doboru dzieł było poczucie adekwatności wykorzystania poszczególnego zaburzenia jako motywu. W przekonaniu autorki, wybrane przykłady są jednymi z najbardziej trafnych prób beletryzacji problemów psychicznych.

1. Zaburzenia neurorozwojowe i kontroli impulsu

W niniejszym rozdziale zaprezentowane zostaną przykłady z literatury i filmu, w których wykorzystano na większą skalę motywy zaburzeń neurorozwojowych oraz zaburzeń kontroli impulsu. Sztuka literacka i filmowa nie eksploatują tego kontekstu bardzo szeroko. Najczęściej wykorzystywane schorzenia to ogólne spektrum autyzmu oraz zaburzenia zachowania.

Zaburzenia autystyczne stanowią pewnego rodzaju kontinuum. W tym szerokim obszarze z jednej strony wymienić można osoby o najgłębszym stadium choroby, tzn. takie, które właściwie nie wykazują żadnych umiejętności w komunikacji werbalnej, co uniemożliwia im uczestnictwo w komunikacji społecznej; z drugiej zaś strony można do tej grupy zaliczyć chorych, którzy radzą sobie z mówieniem w ograniczonym stopniu, a także osoby, które we wcześniejszym wydaniu DSM uznawano za cierpiące na zespół Aspergera. W tym podrozdziale przyjrzymy się kilku dziełom literackim, które można potraktować jako przykłady prezentacji i interpretacji tych właśnie różnych odmian zaburzeń autystycznych.

Autyzm z niskim poziomem funkcjonowania – książka: Lisa Genova, *Kochając syna* (2014)

Bohaterem książki Lisy Genovej pt. *Kochając syna* jest dziecko cierpiące na głębsze zaburzenia autystyczne. Autorka napisała opowieść o krótkim, bo trwającym jedynie kilka lat życiu chłopca o imieniu Anthony. Główną narratorką powieści jest matka chłopca. To z jej punktu widzenia możemy śledzić jego życie i przebieg choroby. Dodatkowym kontekstem narracyjnym jest ponadto wiedza odautorska, którą pisarka wykorzystuje, by plastycznie opisać szereg przeżyć wewnętrznych małego chorego dziecka. Należy jednak podkreślić, że książki nie można uznać za próbę głębszego zrozumienia przyczyn zaburzeń autystycznych, niemniej pozostaje ona przykładem ciekawego literackiego studium autyzmu. Anthony sportretowany został jako dziecko, z którym nie ma kontaktu werbalnego. W taki sposób opowiada o tym jego matka:

Powiedziałam doktorowi Harveyowi, że Anthony jeszcze nie mówi, i zapytałam, czy powinniśmy się tym martwić. Powiedział, że nie wszystkie dzieci mówią na tym etapie i że powinniśmy usłyszeć jego pierwsze słowa, kiedy skończy piętnaście miesięcy. To już niedługo. Ale wszystkie dzieci Marii zaczynały mówić już przed pierwszymi urodzinami. Pamiętam, że Bella mówiła „mama”, „tata”, „piłka” i wołała „daj” i „już” jeszcze przed pierwszymi urodzinami¹.

Przeżycia Anthony’ego są dla matki niedostępne, dziecko nie potrafi uzewnętrznic swoich uczuć. Matka jest początkowo bezsilna, nie wie, jak

1 L. Genova, *Kochając syna*, przeł. J. Dziubińska, Poznań 2014, s. 43. Skrót: LG, numer strony.

dotrzeć do syna. W pewnym momencie uświadamia jednak sobie, że jest sposób na wejście w świat zainteresowań dziecka:

W końcu wyszłam na zewnątrz i mój syn leżał sobie na plecach na patio, w jasnym kwadracie słońca. Ręce trzymał wzdłuż tułowia, dłońmi do góry, stopy miał szeroko rozstawione, oczy otwarte. Po prostu tak leżał i patrzył na niebo. Kwadrat światła starczyłby dla dwóch osób, więc postanowiłam położyć się koło niego. Był rześki jesienny dzień. W cieniu było chłodno, ale w słońcu nie trzeba było nawet mieć na sobie kurtki. Deski patio były nagrzane i ich ciepło bajecznie rozgrzewało moje obolałe plecy. Niebo miało kolor idealnego błękitu i nie było na nim ani jednej chmurki. Spojrzałam na Anthony'ego, który patrzył w niebo, i zaczęłam się zastanawiać, ile tu już leży? Robił to przez cały czas? Na co patrzy? Na niebie nie było chmur, ptaków, samolotów. Co tak długo przytrzymywało jego uwagę? Co się działo w jego głowie? Zaczęłam odczuwać lekką niepokój, jakbym powinna wstać i coś zrobić. Pomyślałam, że nie mogę tak po prostu tam leżeć. Powinnam działać. W zlewie nadal leżała sarta brudnych naczyń. Powinnam udawać, że interesuje mnie wynik meczu i na chwilę dołączyć do mężczyzn w salonie. Powinnam nastawić pranie. Czulałam się też winna, że tak długo ignorowałam Anthony'ego. Pomyślałam, że powinnam kazać mu wstać, organizować mu czas, próbować zainteresować go czymś, nad czym powinien pracować. Myślałam (z przerażeniem) o zbliżającym się spotkaniu dotyczącym indywidualnego planu edukacyjnego. Jest tak bardzo do tyłu. Ma tyle rzeczy, nad którymi trzeba z nim popracować, których powinien się nauczyć. Na szczęście jednak zdołałam się powstrzymać. Postanowiłam dalej tak leżeć i robić to, co Anthony, czyli pozornie nic, dopóki tylko będzie chciał. Leżeliśmy więc sobie na patio jedno koło drugiego, oddzieleni tylko o kilka centymetrów patrzyliśmy na niezmiennie niebieskie niebo. Na początku moje myśli były niespokojne. Wyobrażałam sobie te wszystkie brudne naczynia w zlewie, nawet nie zalane wodą, które błagają mnie, bym je umyła. Martwiłam się spotkaniem i myślałam o tym, co było potrzebne, by się do niego przygotować. Ale zostałam i w końcu udało mi się uwolnić od tych wszystkich myśli. Nie robiłam nic i cieszyłam się z tego, że po prostu jestem – niebieskie niebo, ciepłe słońce, gorące deski i Anthony przy moim boku. Kiedy w pewnej chwili zerknęłam na niego, zobaczyłam na jego buzi gigantyczny uśmiech. Boże, jego uśmiech tak mnie uszczęśliwiał. I tak leżeliśmy razem na patio, uśmiechając się do nieba. Po jakimś czasie słońce się przesunęło i nasz kwadrat pokrył cień. Anthony usiadł, spojrzał na mnie ukradkiem i uśmiechnął się z zadowoleniem, jakby – przyrzekam – próbował mi powiedzieć: „To było super, prawda, mamo? Czy patrzeć na niebo to nie najfajniejsza rzecz, jaką w życiu razem robiliśmy?”. A potem zaczął piszczeć i machać rękami, po czym pobiegł do domu. Tak, Anthony. To najfajniejsza rzecz w życiu (LG, 196–197).

Anthony ma problemy z nawiązaniem kontaktu pozawerbalnego. Jak powiada narratorka powieści: „Nie dyrgowała nim. Nie ruszała się. On na nią nie patrzył” (LG, 15). Jego relacje z rówieśnikami właściwie nie istniały, ponieważ załamały się i skończyły, zanim na dobre się rozpoczęły:

Anthony przestał być zapraszany na urodziny innych dzieci, kiedy miał cztery lata, a kiedy skończył pięć, postanowili z Davidem organizować skromniejsze przyjęcia tylko dla rodziny. Tak było łatwiej. Anthony nie chciał brać udziału w urodzinowych zabawach, nie zwracał też uwagi na klauna. Mimo to Olivii pękło serce (LG, 24).

Zainteresowania dziecka reprezentują bardzo zawężone spektrum. Lubi oglądać program, który matka specjalnie dla niego nagrywała na DVD. Co ciekawe, narratorka zwraca uwagę, że w pewien sposób sama uzależniła chłopca od ulubionego programu, bo dzięki temu zyskuje „trzydzieści minut spokoju”:

Zastanawiałam się nad naszym udziałem w obsesji na punkcie Barneya. Kupujemy DVD z nim, nagrywamy programy telewizyjne i przynajmniej raz dziennie zachęcamy Anthony'ego, żeby obejrzał ten program, bo potrzebujemy trzydziestu minut spokoju. A dzisiejsza technologia jest pożywką dla jego autyzmu. Kiedy byłam dzieckiem, nie było odtwarzaczy DVD, filmów na życzenie ani dekoderek z nagrywarką. Zalóżę się, że gdyby tak było, miałabym obsesję na punkcie *Dźwięków muzyki* albo *Czarnoksiężnika z Oz*. Łątwo więc wspomóc tego typu uzależnienie. A ja byłam dilerem Anthony'ego i z radością dostarczałam mu codzienną dawkę jego ulubionego narkotyku. Carlin powiedziała, że możemy zrezygnować z Barneya z dnia na dzień. Możemy po prostu wyrzucić wszystkie DVD z Barneyem, przestać nagrywać programy, usunąć te, które już mamy, wyrzucić kocyki i wszystkie zabawki Anthony'ego. To zakończy sprawę. Carlin mogła też pracować z Anthonym, stosując terapię behawioralną, żeby go odzwyczaić. To wydało mi się bardziej ludzkie. Leczenie metadonowe na odwyku od Barneya. Ale wczoraj, kiedy dostał histerii przed czarnym ekranem telewizora, bo Carlin zabrała mu pilota, coś przyszło mi do głowy. Stosunek Anthony'ego do Barneya nazywaliśmy „uporem”, „obsesją”, „uzależnieniem”. A gdyby nazwać go „miłością”? Kiedy obserwuję Anthony'ego, kiedy ogląda Barneya, widzę jego uwielbienie. Na jego ślicznej buzi maluje się zachwyt i radość za każdym razem, gdy tylko fioletowy pluszak zamienia się w ogromnego żywego Barneya. Anthony piszczy iija-iija-iija i macha rączkami (LG, 162).

Matka usiłuje zrozumieć syna i jego przeżycia. Nie zmusza go do opuszczania własnego świata, raczej sama usiłuje przedostać się do rzeczywistości, w której żyje jej dziecko. Jest to w istocie chwyt literacki, albowiem dotarcie czy rekonstrukcja autystycznego świata pozostaje poza możliwościami dzisiejszej nauki. W świecie literatury jednakże wiedza może zostać wsparta fantazją. Autorka książki korzysta więc obficie z tej metody oraz ze swojego talentu do plastycznego opisywania rzeczywistości, by w literacki sposób wykreować ów zawężony świat małego chłopca. Bywa bowiem, że w narracji powieści głos zabiera sam Anthony.

W pewnym momencie w taki oto sposób tłumaczy sobie swoją metodykę zabawy, tzn. kolejność układania dinozaurów oraz kamieni zbieranych na plaży:

Jestem w salonie i ustawiam szereg z moich kamyków. Ten szereg składa się z kamyków, które zebrałem w minionym tygodniu. Rząd nowych kamyków. Ciągnie się od stolika kawowego do ściany. Kiedy skończę, będzie ich tam sto dwadzieścia osiem. Wyobrażam sobie rząd ze stu dwudziestu ośmiu kamyków, jeszcze zanim dotrę do ściany, i już czuję podekscytowanie. To właśnie dlatego przestałem ustawiać w rzędy plastikowe zwierzęta i dinozaury. Nigdy nie miałem ich wystarczająco dużo. Mogłem ustawiać je w rzędy wedle rodzaju lub koloru albo wedle innego porządku, na przykład które zwierzę zjadało które albo od najwolniejszego do najszybszego, ale linia nigdy nie ciągnęła się od stolika kawowego do ściany. Nigdy nie wystarczało mi zwierząt ani dinozaurów. Musiałem czekać, aż mama lub tata kupią mi więcej plastikowych zwierząt i dinozaurów w sklepie, ale nigdy nie kupowali ich tyle, ile chciałem. Nawet jeśli pojechałem z nimi do sklepu i błagałem o więcej, nie zawsze kupowali mi te potrzebne zabawki (LG, 141).

Pisarka ukazuje czytelnikowi monolog wewnętrzny chłopca, który w pewien sposób racjonalizuje swój sposób postępowania. Z błętego powodu, a mianowicie niemożliwości otrzymania takiej ilości zwierząt, jakiej potrzebował, uzasadnia bardzo logicznie zmianę zainteresowań, która umożliwia kontynuację zabawy:

Kamienie są dużo lepsze. Mama prawie codziennie zabiera mnie na plażę i zawsze znajduję tam kolejne kamyki. Mama może nawet zapomnieć zabrać moje zielone wiaderko i wcale się tym nie przejmuję, ponieważ do jednej kieszeni spodenek mieści mi się dwadzieścia jeden dużych kamyków, a do drugiej czterdzieści osiem małych. A jeśli jest zimno i mam na sobie kurtkę, mogę dodatkowo zmieścić dwadzieścia siedem dużych kamyków w jednej i pięćdziesiąt cztery małe w drugiej kieszeni (LG, 141).

Zbieranie i układanie kamieni podporządkowane jest konkretnym zasadom, które zostały przytomnie dostrzeżone i zrekonstruowane przez matkę chłopca. Dla czytelnika reguły gry zostały jednak wyłożone przez samego Anthony'ego:

Na plaży mama nigdy nie mówi „nie” ani „innym razem”. Kamyki na plaży są za darmo. Mogę ich zebrać i zabrać do domu, ile tylko zechcę. Są pewne zasady co do zbierania kamieni. Muszą być prawie całkiem białe, prawie całkiem gładkie i prawie całkiem okrągłe. To ja decyduje, co się kwalifikuje do „prawie”. Czasem postanowię zabrać kamień o stożkowym kształcie, który nie jest tak naprawdę okrągły. Tak naprawdę jest trójkątem. Ale

jeśli jest bardzo gładki i bardzo biały, wezmę go. Jeśli kamyk jest wyjątkowo okrągły, ale jest też odrobinę żółty albo ma kilka wybrzuszeń czy pęknięć, wezmę go. Mama nazywała takie sytuacje „wyjątkami od zasady”, ale ja nazywam to częścią zasady i wszystko jest w porządku. Kiedy jestem w domu, lubię je liczyć, porządkować i układać w linie, które ciągną się przez podłogę w moim pokoju, podłogę w salonie, kuchni lub, jeśli jest ciepło, albo nie – bardzo zimno i nie pada śnieg ani deszcz – przez deski na patio (LG, 141).

Anthony w swoim wewnętrznym monologu tak postrzega swoje zasady układania kamieni:

Każdy kamyk musi w całości leżeć na płytce, a nie mogę też przerwać linii pustym odcinkiem, żeby przeskoczyć rowek, bo wtedy tak naprawdę ułożyłbym dwie linie, a nie jedną. A nie lubię numeru dwa (LG, 142).

Anthony jest pojętny, a w jego świecie nadal pozostaje miejsce na naukę, czego często zewnątrzni obserwatorzy nie zauważają. Z punktu widzenia medycznego rozpoznania jest to wniosek prawdopodobnie trafny, ponieważ poziom inteligencji ludzi cierpiących na autyzm często wcale nie odstaje od normy, a bywa, że jest nawet wyższy niż przeciętna. Autorka powieści zauważa tę zależność, oddając głos Anthony’emu, który jest świadomy i pewny swych możliwości poznawczych i motorycznych, potrafi porządkować przedmioty:

Mogę układać je według gładkości, od tych bez bruzd i wybrzuszeń do popękanych i nierównych. Mogę układać je wedle okrągłości od idealnej kulki przez kształt jaja, globu, trójkąta, stożka do idealnego owalu. Mogę je układać białością. Ludzie nazywają moje kamyki „białymi kamykami Anthony’ego”, ale to nie w porządku nazywać je białymi kamykami Anthony’ego, ponieważ to nie do końca prawda. Tylko kilka moich kamyków jest całkowicie białych, większość jest prawie biała, co oznacza, że są też inne kolory, jak żółty, szary i różowy, które tkwią w środku. Jeśli przyjrzeć się im z bliska i długo je oglądać, można zrozumieć, że większość kamyków ma w sobie więcej niż tylko biel. Byłem taki podekscytowany, kiedy pewnego dnia nauczyłem się nazw innych prawie białych kolorów. W niedzielę dwudziestego drugiego sierpnia moja mama i tata szykowali się do malowania drewnianych rami wokół drzwi i okien, i mama rozłożyła na stole w kuchni pęk pasków. Każdy pasek miał na sobie sześć prostokątów, a każdy był innym rodzajem prawie-bieli! Tak jak moje kamienie! Na widok tych wszystkich prawie-bieli aż przeszedł mnie dreszcz. Mama zobaczyła moje podekscytowanie kolorowymi prostokątami na paskach, więc zaczęła po kolei wskazywać na nie palcem i wymieniać ich nazwy. Śnieżna biel. Biel dekoracyjna (biel z szarością). Gołębia biel (biel z żółcią). Słoneczna biel (biel z pomarańczem). Antyczna biel (biel z żółcią i pomarańczem). Więcej żółci: Lniana biel. Biel Nawaho. Kamea. Kość słoniowa. Piasek. Szarości: Zbielala kość. Porcelana. Biel

oksfordzka. Papier. Chmura. Wydma morska. Błękity: Mgła. Błękitny welon. Róże: Biały przepych. Alabaster. Biały zinfandel. Resztę dwudziestego drugiego sierpnia spędziłem w Pokoju Pamięci i zapamiętałem nazwy wszystkich prawie białych kolorów. Byłem taki szczęśliwy, bo od tamtego dnia miałem nazwy dla kolorów moich kamyków. Mogłem więc układać wszystkie alabastrowe kamyki. Albo mogłem ustawiać wszystkie żółtawo-białe kamienie wedle nazw (LG, 144).

Anthony sprzeciwia się nawet niewielkim zmianom w ustalonym porządku:

Anthony'emu nie spodobałoby się jednak, że jego kamyki znajdują się w misie na stoliku kawowym. Wolał ustawiać je w idealnie równe szeregi na podłodze w całym domu. Broń Boże, by Olivia kiedykolwiek zebrała kamyki do pudełka i odniosła do jego sypialni. Czasem nie mogła się jednak powstrzymać. Czasem po prostu chciała przejść przez dom, nie potykając się o defiladę kamieni. Czasem po prostu chciała przejść przez normalny dom. Jeśli się do tego posunęła, za każdym razem popełniała kolosalny błąd. Nie mieszkała w normalnym domu, a Anthony nigdy nie radził sobie ze zmianami, nawet tymi najmniejszymi (LG, 14).

Powtarzalność jest czymś, co w jakiś sposób uspokaja chłopca, o czym przekonuje jego wewnętrzny monolog:

Bujałem się na huśtawce na placu zabaw. Uwielbiam się bujać. Bujanie sprawia, że czuję swoje ciało. Zwykle wiem, że mam ręce, ale jeśli dzieje się coś ciekawego, jeśli liczę albo myślę, albo oglądam telewizję, moje cało znika. Nie mam głosu, więc czasem ludzie traktują mnie tak, jakbym nie miał też ciała, jakbym nie istniał. A ponieważ przez większość czasu nie jestem świadomy swojego ciała, wydaje mi się, że mogą mieć rację. Może rzeczywiście mnie tu nie ma. Kiedy się bujam, istnieję. Moje myśli często się powtarzają. Jeśli jakaś myśl mi się spodoba, powtarzam ją w kółko i cieszę się nią. Takie myśli są jak pringlesy. Pringlesy są takie pyszne, że nigdy nie chcę poprzestać na jednym (LG, 128).

Odstąpienie od tej powtarzalności powoduje u dziecka ogromny lęk:

Któregoś dnia zafiksowałem się na trzech ślepych myszkach. Powtarzałem te słowa w swojej głowie, zachwycając się nimi przez cały poranek. Nie istniało nic innego. Nawet ja. Stałem się tymi trzema słowami. Trzy ślepe myszki. Teraz jednak nie powtarzam sobie w kółko trzech ślepych myszek, bo się bujam. Kiedy się bujam, przestaję być swoimi powtarzаныmi myślami. Kiedy się bujam, powtarzam ciało. Fruwam w powietrzu, przód, dół, góra, tył, dół, góra, przód, dół, góra, tył, dół, góra. Jestem ciałem Anthony'ego, które powtarza ten idealny rytm. Bujam się i jestem tu! Jestem na przedzie w dole i górze, na tyle w dole i górze, czując chłodne powietrze, które laskocze mnie po twarzy. Moja

twarz się uśmiecha. Moja twarz jest prawdziwa. Wtedy moja mama zatrzymuje huśtawkę i mówi coś o zabawie w piaskownicy. Macham rękami i wydaję z siebie odgłos, żeby dać jej do zrozumienia, że nie podoba mi się jej pomysł. Nie chcę schodzić z huśtawki. Macham i piszczę, bo mój głos nie powie słowa „nie” (LG, 128–129).

Te wszystkie zachowania dostrzega oczywiście matka, która opowiada, że niejednokrotnie dochodziło z tego powodu do nieprzyjemnych sytuacji:

Nadszedł czas, by wracać do domu. Dałam Anthony’emu pierwsze, drugie i trzecie ostrzeżenie, co czasem pomagało, ale nie tym razem. Wydał z siebie krótki pisk i zamachał rączkami, kiedy zatrzymałam huśtawkę, ale kiedy nie wróciłam od razu do popychania i w zamian zaczęłam od razu go wyciągać, dostał szału. Zupełnie zeszytywniał i zaczął piszczeć tak głośno, jakby ktoś robił mu krzywdę. Musiałam użyć wszelkich sił, żeby wyciągnąć go z kibelka i nieść – dwadzieścia kilogramów bezwładnego ciała wrzeszczącego w agonii przez to, że zostało rozdzielone z huśtawką, w której spędziło ostatnie półtorej godziny – nie oglądając się na mamy przy piknikowym stole, które – nie mam wątpliwości – patrzyły przez cały czas, oceniając mnie i myśląc: „Boże, jak dobrze, że nie jestem nią”. Tak jak w ósmej klasie (LG, 125).

Co więcej, autorka pokazuje, na ile zasady, które obowiązują w wewnętrznym świecie Anthony’ego, są nienaruszalne, i na ile jest to rodzaj sztywności, która utrudnia kontakt z zewnętrznym światem. Wkłada więc w usta chłopca następujące słowa:

Nie lubię zjeżdżalni. Czasem dzieci wspinają się po niej do góry, zamiast zjeżdżać z niej na pupie, a to łamie zasady. Kiedy jestem na górze zjeżdżalni, a inne dziecko zaczyna wspinąć się po niej, nie wiem, co robić. Nie mogę zjechać na dół, bo inne dziecko stoi mi na drodze, i nie mogę też zejść, bo schodki nie służą do schodzenia tylko wchodzenia. Taka jest zasada. Więc na zjeżdżalni mogę nie znaleźć rozwiązania mojego problemu, a nie chcę tego (LG, 129).

Złamanie zasad, które obowiązują w świecie Anthony’ego, albo też przerwanie czynności, które chce wciąż powtarzać, powoduje ataki paniki, które może uspokoić jedynie inna tego rodzaju czynność:

Cały sztywnieję, starając się zatrzymać swoje ciało w siedzeniu huśtawki, ale mama jest zbyt silna i nie rozumie, więc chwyta moje ciało. Zaciskam powieki, bo nie chcę widzieć, jak moje ciało opuszcza huśtawkę. Krzyczę jeszcze głośniej, więc wszystko, co dotyczy mojego kradzionego ciała i huśtawki, znika i istnieje tylko dźwięk mojego wrzasku. I wtedy nagle nie jestem już na zewnątrz. Siedzę w samochodzie i oglądam Barneya. Oglądam

Barneya i jego przyjaciół, którzy robią to co zawsze. Przystaję krzyczeć. Nie umarłem, skoro oglądam Barneya. Nic mi nie jest (LG, 130).

Wszystko, co się dzieje, musi pasować do wewnętrznej mapy czynności i zwyczajów, którą ma w sobie Anthony. Jeśli coś poza nią wykracza, wywołuje w chłopcu lęk, który jest tak wielki, jakby groziła mu prawdziwa śmierć:

Ale wtedy znów coś jest nie tak. Samochód jedzie w złą stronę. Tam, gdzie jedzie samochód, nie ma domu. Droga do domu prowadzi koło trzech białych domków, potem jednego z cegły, potem wzdłuż ulicy, żółtego domu i kolejnych dwóch białych, a potem czerwone światło/zielone światło. Potem kościół, drzewa, brązowy dom, biały dom, szary dom z luszczącą się farbą i Pigeon Lane, ulica, na której mieszkamy. Ale nie pojechaliliśmy tą drogą. Na tej drodze jest znak z dziewczynką, brązowy dom, biały dom, niebieski dom, ulica, budynek, parking, czerwone światło. Tą drogą nie jedzie się do DOMU. ZAWSZE jedziemy do DOMU po zabawie na placu zabaw, a ta trasa nie pasuje do mapy w mojej głowie. Nie wiem, gdzie jedziemy, ale na pewno nie do domu. Nie jadę do domu, żeby zjeść na lunch trzy nuggetsy z keczupem z niebieskiego talerza i wypić sok z kubka z Barneyem. Nie zobaczę się dziś z Danyel po lunchu, bo Danyel przychodzi do nas do domu, a mnie nie będzie w domu. Będę gdzieś indziej. Może się zgubiliśmy i nigdy już nie zobaczę domu. Zasada jest taka, że ZAWSZE jedziemy do DOMU po placu zabaw, a to, co dzieje się teraz, łamie zasady. Jeśli tę zasadę można złamać, to wszystko można złamać. Może świat się wali. Krzyczę. Chcę jechać do DOMU. Chcę wysiąść z samochodu, który jedzie nie w tę stronę, co trzeba, ale jestem uwięziony na swoim siedzeniu. Krzyczę i wypełniam się gorącym i strasznym płynem. Gorący i straszny płyn ciągle mnie wypełnia, aż jestem pełen po brzegi i płonę w środku. Potrzęsam rękami, żeby upuścić trochę gorącego strasznego płynu przez palce, ale gorący straszny płyn nadal mnie wypełnia, jest go zbyt dużo i za bardzo parzy, by mógł mi całkiem wyciec przez palce. Zamykam oczy, żeby nie musiał patrzeć na te domy, budynki i ulice. Krzyczę tak głośno, jak tylko potrafię, żebym mógł się stać dźwiękiem mojego krzyku, a nie chłopcem uwięzionym w foteliku, który już się nie buja, tylko bardzo szybko jedzie w niewłaściwym kierunku. Kiedy otwieram oczy, dociera do mnie, że już nie krzyczę. Leżę pod kocem we wzór z Barneyem w moim łóżku. Widzę drzewo za oknem, moje pudełko kamieni, kalendarz na ścianie. Wiem, że to dobrze, bo to oznacza, że jestem w domu, a świat się nie zawalił, ale jeszcze nie czuję się w porządku (LG, 130).

Bawiąc się, chłopiec często fascynuje się ruchem lub małymi częściami przedmiotów:

Pewnego dnia usiadł tylko parę kroków od niej i przez przynajmniej godzinę kręcił czarnym kółkiem ciężarówki, popychając je palcem wskazującym. Nie wstała, żeby pokazać mu, jak prawidłowo bawić się pojazdem. Patrz, Anthony. Ciężarówka robi brum brum (LG, 15).

Tabela 9. Objawy autyzmu u Anthony'ego z książki: Lisa Genova, *Kochając syna*

Objawy z DSM-5	Opis
Deficyty relacji społecznych u tych osób mogą się wahać od łagodnego ograniczenia funkcjonowania do prawie całkowitego braku interakcji.	Deficyty funkcjonowania społecznego poważne, brak kontaktu werbalnego z otoczeniem.
Dzielenie się zainteresowaniami i doświadczeniami może być jedynie zredukowane, ale niektórzy nie inicjują w ogóle kontaktu z innymi i nie reagują na ich próby zbliżenia się.	Nieumiejętność werbalnego dzielenia się zainteresowaniami i doświadczeniami; Nieinicjowanie kontaktu ani z rodzicami, ani z rówieśnikami; Życie w swoim wewnętrznym świecie.
Podczas mówienia używają niewiele zwykłych sygnałów fizycznych jak np. kontaktu wzrokowego, gestykulacji, uśmiechów, skinień głową.	Nieutrzymywanie kontaktu wzrokowego z innymi; Nieumiejętność korzystania z gestykulacji; Uśmiech skierowany do drugiej osoby pojawia się tylko w wyjątkowych sytuacjach.
Ich relacje z innymi załamują się, dlatego mają kłopoty z przystosowaniem swoich zachowań do różnych sytuacji społecznych.	Niepodejmowanie prób dostosowania do sytuacji społecznych.
Mogą nie interesować się innymi ludźmi i nawiązywać jedynie nieliczne przyjaźnie.	Nienawiązywanie przyjaźni; koledzy nie zapraszają Anthony'ego do siebie.
Ich zajęcia i zainteresowania charakteryzują się powtarzalnością i zawężeniem przedmiotu uwagi.	Powtarzalność i zawężenie zainteresowań do dinozaura Barneya, układania dinozaurów, układania kamyków, huśtania się, zabawy wodą w umywalce, zabawy kartką urodzinową.
Sprzeciwiają się nawet niewielkim zmianom w ustalonym porządku.	Trudność zmiany zabawy, gdy Anthony się huśta; Sprzeciwianie się zmianie drogi do domu.
Mogą być zafascynowani ruchem lub małymi częściami przedmiotów.	Zafascynowanie ruchem huśtawki; Zafascynowanie płynącą wodą.
Reakcja na bodźce (ból, głośne dźwięki, skrajne temperatury) może być słaba lub przesadna.	
Niektórzy są niezwykle zaabsorbowani doznaniem zmysłowymi: wzrokowymi obrazami ruchu, szczególnie zapachami, dźwiękami.	Zafascynowanie muzyką płynącą z grającej urodzinowej kartki.
Dotyk niektórych tkanin może wywoływać u nich strach lub reakcję odrzucenia.	
Mogą używać osobliwych wypowiedzi lub przejawiać stereotypy w zachowaniach: machanie ręką, kołysanie ciała, echolalia.	

Początek objawów przypada na wczesny okres rozwoju. Deficyty jednak mogą nie ujawniać się w pełni, dopóki wymogi społeczne nie przekroczą ograniczonych umiejętności.	
Objawy powodują kliniczne upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i innych.	
Występowanie zakłóceń nie może być lepiej wyjaśnione poprzez rozpoznanie niepełnosprawności intelektualnej lub też całościowego opóźnienia rozwoju.	

Źródło: Badania własne.

Ciągle pragnienie huśtania się również związane jest z fascynacją tego rodzaju ruchem:

Jedyne, co Anthony chce robić na placu zabaw, to się bujać. Ale widzę, jak inne dzieci się bawią, i moje serce pragnie więcej, a ja zaczynam się nudzić, tylko tak stojąc i nieustannie go popychając. Setki razy zatrzymywałam huśtawkę i pytałam go, czy chciałby pójść na zjeżdżalnię albo pobawić się z innymi dziećmi, czy chciałby pójść do piaskownicy. Uwielbia piasek. Nic jednak nie może konkurować z huśtawkami, a on ani drgnie. Więc zostaliśmy. Czułam się zażenowana i pokonana (LG, 124).

Chłopca charakteryzuje niezwykle zaabsorbowanie niektórymi doznaniem zmysłowymi: wzrokowymi obrazami ruchu, szczególnymi zapachami, dźwiękami. Dochodzi też do fiksacji na punkcie jednej czynności, np. dobrą i jedyną w danym momencie zabawą może być otwieranie i zamykanie urodzinowej grającej kartki:

Przez resztę dnia Anthony uśmiechał się, pischzał i machał rączkami, otwierając, zamykając, otwierając, zamykając, otwierając, zamykając. Tylko tyle pragnął w każde urodziny. Nielimitowany czas z jego kartką. Co roku wraz z Davidem dawali mu ją w prezencie (LG, 25).

Podobną funkcję pełni zabawa wodą:

Anthony poszedł na górę do ich sypialni i bawił się wodą w umywalce. To był ich typowy weekendowy plan dnia. Po śniadaniu Anthony bawił się wodą, a Olivia myła naczynia, piła kawę i czytała gazetę. Dawno już przestała pilnować go w łazience, kiedy się bawił. Wiedział, że nie wolno mu odkręcać wody w wannie, kiedy nie było jej na górze. Czas kąpieli przypadał wieczorem i Anthony rozumiał tę zasadę. Lubił zasadę (LG, 200).

Anthony'ego można umieścić na continuum autyzmu raczej na biegunie gorszego funkcjonowania. Niewątpliwie ma on normalny poziom inteligencji. Jednak nie mając umiejętności werbalnych, nie potrafi porozumiewać się z najbliższymi. Porozumienie, jakie osiąga z matką, wynika jedynie z tego, że usiłuje ona dokonać wglądu w jego wewnętrzny świat i próbuje zrozumieć syna. W tabeli 9 ukazano objawy autyzmu, które można zaobserwować u Anthony'ego.

Można powiedzieć, że w porównaniu z Anthonym Jacob, bohater książki Jodi Picoult pt. *W naszym domu*, którą omówimy w kolejnym rozdziale, to osoba funkcjonująca raczej na przeciwnym biegunie autyzmu. DSM-4 rozpoznawał ten biegun jako zespół Aspergera.

Autyzm z wysokim poziomem funkcjonowania – książki: Jodi Picoult, *W naszym domu* (2011) oraz Tracey Garvis-Graves, *Dziewczyna, którą znał* (2019)

Przedmiotem rozpatrywań w niniejszym podrozdziale będą dwie powieści, które łączy nie tylko tytułowe schorzenie, tj. autyzm z wysokim poziomem funkcjonowania, ale także historia dwójki bohaterów – Jakoba oraz Anniki. Opisane przez pisarki koleje życia obojga bohaterów różnią się między sobą, dlatego nie będą omawiane symultanicznie. Jacob jest bardziej dysfunkcyjny społecznie, dlatego też podrozdział zaczniemy od omówienia okoliczności życia tego właśnie bohatera.

Historia życia Jacoba jest osią kompozycyjną opublikowanej w 2010 roku powieści pod tytułem *W naszym domu* autorstwa Jodi Picoult². Charakterystykę Jacoba warto zacząć od obserwacji, że wchodzi on w kontakty z innymi ludźmi w większym stopniu niż omawiany w poprzednim podrozdziale Anthony. Jacob nie ma problemów z komunikacją werbalną, porozumiewanie się na poziomie podstawowym nie stanowi dla niego wyzwania. Co istotne, pisarka opowiedziała czytelnikom jego historię w konwencji powieści kryminalnej, cała historia została zbudowana na bazie typowej dla tego gatunku intrygi. Jacob zostaje oskarżony o zabicie Jess, swojej terapeutki społecznej, a jego zaburzenie utrudnia udowodnienie jego niewinności. Śmierć Jess i późniejsze odkrycie prawdy

2 W Polsce powieść wydano rok później. Zob. J. Picoult, *W naszym domu*, przeł. M. Juszkiewicz, Warszawa 2011. Skrót: JPa, numer strony.

związanej z wypadkiem, któremu uległa, jest pretekstem do omówienia głębszej warstwy szeregu problemów społecznych, z którymi boryka się Jacob. Autorka ukazuje czytelnikowi całe spektrum przyczyn zaburzeń bohatera. Nie mają one czysto naukowego podłoża, wiążą się np. ze sposobami odżywiania dziecka czy możliwym wpływem wczesnodziecięcych szczeniok. Istotne wydają się także przyczyny środowiskowe, autorka poświęca nieco miejsca w powieści ojcu Jacoba, z którym jego matka się rozwiodła. Ostatecznie dość znaczącym epizodem w fabule jest diagnoza mówiąca, że Jacob jest osobą, której można przypisać spektrum autystyczne, nawet jeśli jego zaburzenia są stosunkowo niewielkie.

Jacob ma problemy z używaniem sygnałów fizycznych w kontakcie z innymi. Ma trudności z utrzymywaniem kontaktu wzrokowego, gestykulacją, uśmiechami czy skinieniami głową. Jak pisze autorka, Jacob „nie lubi podawać dłoni, nie lubi, kiedy się go klepie po plecach albo mierzwi mu włosy” (JPa, 11). W usta jego matki wkłada następujące słowa:

W wieku mniej więcej dwóch lat zaczął opuszczać słowa, unikać kontaktu wzrokowego, odcinać się od otaczających go ludzi (JPa, 12).

W innym zaś miejscu matka tak komentuje zachowanie syna:

Chcąc z nim porozmawiać, trzeba zacząć samemu i nie zrażać się tym, że będzie unikał kontaktu wzrokowego, a gdy odwrócimy się na chwilę, żeby zamienić słowo z kimś innym, może po prostu wstać i wyjść (JPa, 14).

Jacob jest świadomy, że doskwierają mu określone trudności w kontaktach społecznych i w fizycznym sygnalizowaniu. W pewnym momencie sam wyznaje to czytelnikowi:

Po prostu nie łapię sygnałów społecznych, które dla innych są oczywiste. Kiedy w trakcie rozmowy słyszę od kogoś: „Kurde, to już pierwsza?”, spoglądam na zegarek i mówię, że tak, to już pierwsza, bo nie dociera do mnie, że on ma dość i chce po prostu się zmyć, tylko w grzeczny sposób. To samo chyba przechodzą imigranci, kiedy już nauczą się obcego języka, ale za nic nie mogą pojąć idiomów. (Bądźmy szczerzy: czy ktoś taki może powiedzieć, że „chwytą coś w lot”, nie wyobrażając sobie przy tym ptaka albo samolotu?). Wszelkie interakcje społeczne – czy to będzie szkoła, kolacja w Święto Dziękczynienia czy kolejka do kina – są dla mnie jak nagła przeprowadzka na Litwę bez znajomości chociażby podstaw języka litewskiego (JPa, 30).

Powieść Picoult można zaklasyfikować jako swoistą próbę wejścia głębiej w przeżycia dziecka z autyzmem wyżej funkcjonującym. Pisarka zręcznie uzmysławia czytelnikowi, że sposób postrzegania rzeczywistości przez takie dziecko jest tak różny od innych, że zaczyna się ono czuć wyobcowane i staje się pewnego rodzaju „cudzoziemcem” wśród swoich własnych kolegów. W przypadku Jacoba najtrafniej podobną diagnozę postawiła jego własna matka. Zauważyła to bardzo wcześnie, gdy syn był bardzo mały. Cały czas miała jednak nadzieję, że nauczy go sprawniejszego wchodzenia w kontakty z innymi dziećmi:

Kiedy Jacob nie mógł nawiązać kontaktu z żadnym dzieckiem w przedszkolu, urządziłam mu szalone urodziny. Było tam wszystko: i balony napełnione wodą, i osiołek, któremu trzeba przypiąć zgubiony ogon. Po mniej więcej pół godzinie uroczystości nagle się zorientowałam, że Jacob zniknął (JPa, 12).

Później okazało się, że syn bardziej niż celebrowaniem własnych urodzin razem z rówieśnikami zainteresowany był wkładaniem i wyciąganiem kasyty z magnetowidu. Jacob bardzo szybko utracił możliwość rozwoju prawidłowych odruchów w relacjach społecznych. Miał znaczne problemy z przystosowaniem swojego zachowania do wielu różnych sytuacji i interakcji międzyludzkich. Bohater książki sam pokazuje czytelnikowi, że nie potrafi nawiązać normalnej relacji z koleżanką, która wykazuje się wobec niego uprzejmością:

Koleżanka: Chcesz lyka soku? Ja: Pijąc z jednego naczynia, można się zarazić mononukleozą. I tak samo jest z całowaniem. Koleżanka: To może ja się przesiądę (JPa, 31).

Na reakcję otoczenia nie trzeba było długo czekać. Koledzy zaczynają traktować Jacoba jako mniej lub bardziej szkodliwego dziwaka. Świat, w którym żyje, jest w pewnym sennie przesycony przesadną dosłownością; nie ma w nim miejsca na żadne abstrakcyjne myślenie i pracę wyobraźni. Autorka powieści tłumaczy to, wkładając w usta matki następujące słowa:

Świat, w którym żyje mój syn, jest bezwzględnie dosłowny; tym, między innymi, charakteryzuje się jego zaburzenie. Kiedyś, dawno temu, gdy mieliśmy się przeprowadzić do Vermontu, zapytał mnie, jak tam jest. „Dużo zieleni”, odpowiedziałam, „i falujących wzgórz”. Kiedy to usłyszał, nagle wybuchnął płaczem. „Przecież to niebezpieczne”, wyszlochał (JPa, 10).

Najbardziej uderzającym momentem, kiedy problemy w rozumieniu sytuacji się nasilają, jest pogrzeb dziadka Jacoba. Scenę zarysowała przed czytelnikiem matka:

Na pogrzebie mojego ojca, przed dwoma laty, zapytał, czy można otworzyć trumnę przed złożeniem do grobu. Pomyślałam, że chce się pożegnać z ukochanym dziadkiem, ale on tylko wyciągnął rękę i położył dłoń na jego zimnym policzku, opiętym skórą cienką jak papier ryżowy. – Chciałem sprawdzić, jak czuć śmierć – wyjaśnił (JPa, 63).

Do podobnej sytuacji dochodzi, gdy umiera jego terapeutka społeczna, Jess. Największą trudnością dla Jacoba jest przeżywanie emocji, które przeciętnemu człowiekowi wydają się całkiem zwyczajne:

Owszem, biorąc rzecz na logikę, potrafię zrozumieć, że Jess umarła, z czego płynie następujący wniosek: nie ma sensu żalować, że nie żyje, ponieważ śmierć to zjawisko nieodwracalne – a mimo to, choć zupełnie nie wiem dlaczego, czuję się tak, jakbym polknął balon, który napelnia się helem i w końcu rozerwie mnie na kawałki (JPa, 236).

Warto przypomnieć, że osoby z autyzmem mogą nie przejawiać zainteresowania innymi ludźmi, a przyjaźnie, które nawiązują, są najczęściej nieliczne. W przypadku Jacoba problem ten wydaje się szczególnie uciążliwy, albowiem chłopak niemal nie nawiązuje relacji, a przyjaciół wyraźnie nie posiada. Jego terapeutka społecznych relacji wydaje się przyjaciółką raczej urojoną; Jacob wyobraża sobie, że to coś więcej, nie spostrzegając, że dla Jess jest jedynie pacjentem, a owa rzekoma przyjaźń to po prostu praca, której wykonanie jej zlecono.

Jacob jest dość powtarzalny w zakresie wykonywanych przez siebie zajęć i zainteresowań. Jego uwaga jest bardzo zawężona. W dzieciństwie ograniczała się właściwie do dinozaurów. Później, gdy jako czytelnicy poznajemy Jacoba, jego głównym przedmiotem zainteresowania jest kryminalistyka. Najsprawiedliwiej zaświadcza o tym jego matka: „Kiedy jest skoncentrowany bez reszty na analizie miejsca zbrodni, to mogłaby mu wybuchnąć nad głową bombą atomowa – i nawet by nie drgnął” (JPa, 9).

Jak niecodzienne są zainteresowania Jacoba i jak nieprzewidywalna jest ich realizacja, można pojąć, kiedy przypomnimy sobie scenę, w której nagle pojawia się na miejscu zbrodni wśród policjantów. O prowadzonym przez policję dochodzeniu dowiaduje z radia, po czym prędko wyrusza do określonego celu, rzecz jasna nie odczuwając swojego wtargnięcia jako zachowania nie na miejscu:

To bardzo proste, naprawdę – zaczyna nasz nieproszony gość, przyglądając się zwłokom. – W dwudziestym szóstym odcinku drugiej serii „Pogromców zbrodni” cały zespół musiał wejść na Górę Waszyngtona, żeby zbadać nagie zwłoki mężczyzny odnalezione na samym szczycie. Nikt nie mógł wyjaśnić, co nagi mężczyzna tam robił, ale ostatecznie okazało się, że umarł z wychłodzenia (JPa, 50).

Cała ta sytuacja okazała się później dla Jacoba zgubna, bowiem owo wtargnięcie staje się dowodem w sprawie przeciwko niemu w trakcie późniejszego dochodzenia. Jacob nie rozumie dziwności swojego zachowania, mimo że jego inteligencja przekracza normę. To samo można powiedzieć o jego umiejętności zapamiętywania szczegółów: „Potrafił zapamiętać cały artykuł z «New York Timesa» i powtórzyć go słowo w słowo” (JPa, 13). Poza tym Jacob prowadzi niezwykle pedantyczny i uporządkowany żywot. Sprzeciwia się nawet niewielkim zmianom w swoim planie dnia, nie pozwala ingerować w swoje przyzwyczajenia i rutyny. Wspomina o tym jego brat Theo:

Rano zawsze musi wejść pod prysznic przede mną, bo milion lat temu, gdy ja byłem jeszcze niemowlakiem, on po raz pierwszy sam się wykapał, a każde zakłócenie codziennej rutyny to dla niego przeszkoda nie do pokonania (JPa, 19).

Na rutynę dnia Jacoba składa się bardzo wiele czynności czy zdarzeń. Jest do nich przyzwyczajony i nie lubi, gdy cokolwiek ulegnie zmianie. W dłuższym fragmencie powieści bohater sam wymienia przykłady takich niedogodności:

Wymienię teraz kilka rzeczy, które są dla mnie absolutnie nie do zniesienia. – Szelest zgniatanego papieru. Nie wiem dlaczego, ale czuję się wtedy tak, jakby ktoś robił to samo z moimi wnętrznościami. – Głośny hałas albo migoczące światła. – Zmiana planów. – Kiedy przegapię odcinek „Pogromców zbrodni”. Dzięki cudowi, jakim jest licencja telewizyjna, ten serial leci na USA Network codziennie o szesnastej trzydzieści. Znam na pamięć wszystkich sto czternaście odcinków, ale mimo to zawsze muszę obejrzeć kolejny, tak samo jak chory na cukrzycę musi wziąć insulinę. To centralny punkt każdego dnia w moim życiu, zastrzyk, bez którego zaczynam się trząść. – Kiedy mama układa mi ubrania w szafie. Sam zawsze układam je kolorami tęczy: czerwony, żółty, zielony, niebieski, indygo i fiolet, a kolory nie mogą się dotykać. Mama stara się, jak może, ale ostatnio całkiem zapomniała o indygo. – Kiedy poczęstuję kogoś swoim jedzeniem, zawsze potem muszę odciąć tę część, która weszła w kontakt z czyjąś śliną. Inaczej nie przelknę już ani kęsa. – Rozpuszczone włosy. Wkurzają mnie – dlatego sam noszę się krótko, jak żołnierz. – Kiedy dotyka mnie ktoś, kogo nie znam. – Jedzenie, na którym robi się kożuch, na przykład

custard, czyli słodki sos z mleka i jajek. – Oprócz tego – jedzenie, które pęka w ustach, jak chociażby groch. – Liczby parzyste. – Kiedy ktoś nazwie mnie debilem. Nie jestem debilem. – Kolor pomarańczowy (JPa, 31–32).

Nie bez znaczenia pozostają ponadto przyzwyczajenia związane z dietą, o czym poucza matka Jacoba:

Przez pięć dni w tygodniu do ograniczeń diety dochodzą jeszcze wymagania kolorystyczne. Nie pamiętam już dokładnie, jak to się zaczęło, ale teraz rutyna wymaga, żeby w poniedziałek wszystko na talerzu było zielone, we wtorek czerwone, w środę żółte i tak dalej. Nie wiem dlaczego, ale to poprawiało jego poczucie porządku. W weekend natomiast wszystkie chwytys są dozwolone, więc tego ranka piekę domowe buleczki z tapioki, które trzeba było tylko wyjąć z zamrażalnika i rozmrozić, a do tego podaję płatki z brązowego ryżu zalane mlekiem sojowym (JPa, 59).

W dalszym miejscu powieści znajdziemy inny komentarz. Rzecz dzieje się we wtorek:

Jeśli jedzenie nie jest czerwone, Jacob robi się bardzo pobudzony, a czasami zamyka się w swoim pokoju i przestaje do nas odzywać. Każdy dzień tygodnia ma specjalny kolor dla jedzenia i ubrania. W szafie Jacoba rzeczy wiszą w kolejności barw widma tęczy, a poszczególne kolory nie mogą się dotykać (JPa, 64).

Fascynacją Jacoba jest ruch i małe części przedmiotów, które warto zinterpretować jako swoisty problem. W dzieciństwie matka zastała go w piwnicy, gdzie „Jacob siedział przy magnetowidzie: wsuwał do niego kasetę, a potem ją wyjmował, i tak w kółko” (JPa, 12).

Ciekawą obserwacją jest przejawiana przez Jacoba silna reakcja na konkretne dźwięki, a wśród nich wymieniany już szelest zgniatanego papieru. Nie znosi też głośnego hałasu i migoczącego światła. Ma problemy z dotykiem niektórych tkanin. Z tego powodu matka obowiązkowo wycina metki z jego nowych ubrań. Przeszkadza mu również dotyk rozpuszczonych włosów i dlatego musi je nosić bardzo krótko obcięte.

Można zauważyć u Jacoba również takie zachowania, jak stereotypia ruchowa, np. machanie ręką czy kołysanie ciała, oraz stereotypia wokalna, np. przeraźliwe krzyki. Machanie ręką pojawia się, gdy Jacob jest wyraźnie zdenerwowany: „Wstaję z fotela, unosząc ręce do piersi, a dłonie zaczynają mi trzepotać tak szybko, jak skrzydełka kolibra” (JPa, 238).

Wszystkie objawy autyzmu, które omówiliśmy w niniejszym podrozdziale, zostały uporządkowane w tabeli 10.

Tabela 10. Objawy autyzmu u Jacoba z książki: Jodi Picoult, *W naszym domu*

Objawy z DSM-5	Opis
Deficyty relacji społecznych u tych osób mogą się wahać od łagodnego ograniczenia funkcjonowania do prawie całkowitego braku interakcji.	U Jacoba deficyty relacji społecznych przyjmują raczej postać łagodniejszego ograniczenia.
Dzielenie się zainteresowaniami i doświadczeniami może być jedynie zredukowane, ale niektórzy nie inicjują w ogóle kontaktu z innymi i nie reagują na ich próby zbliżenia się.	Jacob ma problemy w dzieleniu się swoimi zainteresowaniami i doświadczeniami. Jeżeli podejmuje próby robienia tego, najczęściej osoby inne odsuwają się od niego.
Podczas mówienia używają niewielu zwykłych sygnałów fizycznych, jak np. kontaktu wzrokowego, gestykulacji, uśmiechów, skinień głową.	Jacob nie potrafi utrzymać kontaktu wzrokowego z rozmówcą. Jego mowa jest najczęściej monotonna i odbierana jako nudna i dziwna.
Ich relacje z innymi załamują się, dlatego mają oni kłopoty z przystosowaniem swoich zachowań do różnych sytuacji społecznych.	Jacob nie potrafi przystosować się do różnorodnych sytuacji społecznych, np. na pogrzebie swojego dziadka chce zobaczyć, jak się czuje śmierć.
Mogą nie interesować się innymi ludźmi i nawiązywać jedynie nieliczne przyjaźnie.	Jacob nie ma przyjaciół. Jedyna osoba, którą on sam uważa za przyjaciółkę, lecz tylko jednostronnie, to jego trenerka zachowań społecznych.
Ich zajęcia i zainteresowania charakteryzują się powtarzalnością i zawężeniem przedmiotu uwagi.	Jacob interesuje się kryminologią. W dzieciństwie były to dinozaury.
Sprzeciwiają się nawet niewielkim zmianom w ustalonym porządku.	Dla Jacoba utrudnieniem są nawet małe zmiany w ustalonym porządku. W sytuacji gdy takie zmiany zachodzą, u chłopca następuje atak paniki i wybuch agresji.
Mogą być zafascynowani ruchem lub małymi częściami przedmiotów.	Fascynuje się małymi częściami przedmiotów.
Reakcja na bodźce (ból, głośne dźwięki, skrajne temperatury) może być słaba lub przesadna.	Jacob stwierdza, że bardzo nie lubi głośnych hałasów oraz mocnego światła.
Niekiedy są niezwykle zaabsorbowani doznaniem zmysłowymi: wzrokowymi obrazami ruchu, szczególnymi zapachami, dźwiękami.	Uspokajają go pewne wybrane melodie i piosenki.
Dotyk niektórych tkanin może wywoływać u nich strach lub reakcję odrzucenia.	Jacob musi mieć wycinane wszystkie metki w ubraniach, gdyż w przeciwnym razie jest rozdrażniony.
Mogą używać osobliwych wypowiedzi lub przejawiać stereotypie w zachowaniach: machanie ręką, kołysanie ciała, echolalia.	Kiedy Jacob jest zdenerwowany, kołysze się i trzepoce rękami.

Początek objawów przypada na wczesny okres rozwoju. Deficyty jednak mogą nie ujawniać się w pełni dopóki wymogi społeczne nie przekroczą ograniczonych umiejętności.	
Objawy powodują kliniczne upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i innych.	Jacob ma duże problemy w funkcjonowaniu w szkole.
Występowanie zakłóceń nie może być lepiej wyjaśnione poprzez rozpoznanie niepełnosprawności intelektualnej lub też całościowego opóźnienia rozwoju.	

Źródło: Badania własne.

Zaburzenia Jacoba utrudniają mu funkcjonowanie w szkole. Wymusza to na nim pewne zachowania, jak częste korzystanie ze specjalnego pokoju wyciszenia. Należy podkreślić, że mimo wysokiego ilorazu inteligencji trudno byłoby żyć Jacobowi całkiem samodzielnie. Dla zachowania równowagi w jego życiu konieczny jest opiekun, który pełniłby rolę swego rodzaju przewodnika w świecie społecznym. Tymczasem Annika, bohaterka opublikowanej w 2019 roku książki Tracey Garvis-Graves, pt. *Dziewczyna, którą znał*, której losy porównamy do wypadków życia Jacoba, funkcjonuje zupełnie inaczej³. Jest w miarę samodzielna; kiedy ją poznajemy, mieszka w akademiku. Jej historia zaczyna się, gdy dziewczyna rozpoczyna studia i poznaje swojego chłopaka. Później dochodzi między nimi do rozstania. Powtórne spotkanie następuje dopiero po zamachu na wieże World Trade Center, które zostały zniszczone, a jednym z rannych w tej katastrofie okazał się jej przyjaciel.

W przypadku Anniki istotny jest wątek biologicznych przyczyn zaburzenia, które ją dotyka. Jej choroba ma podłoże genetyczne, ojciec bohaterki również boryka się z podobnymi problemami.

W przeciwieństwie do Jacoba Annika w zasadzie potrafi nawiązywać relacje, choć ich jakość jest dość zredukowana i może budzić zastrzeżenia. Dziewczyna czuje się niekomfortowo szczególnie w sytuacjach większej bliskości fizycznej, tzn. kontaktu somatycznego z drugim człowiekiem, do jakiego czasami może dochodzić w warunkach zakwaterowania w akademiku, w którym bohaterka mieszka podczas studiów:

3 Zob. T. Garvis-Graves, *Dziewczyna, którą znał*, przeł. P. Raganowicz, Oświęcim 2019. Korzystamy z wydania e-book w formacie PDF, dlatego numery stron w wersji papierowej i elektronicznej mogą się różnić. Skrót: TGG, numer strony.

Tej szczególnej niedzieli, niedługo po tym, jak skończyłam płakać, rozmawiając z rodzicami, Janice wróciła wraz z dwiema koleżankami. Jedna z nich usiadła z Janice na jej łóżku, a druga przycupnęła na końcu mojego. Ja siedziałam ze skrzyżowanymi nogami u szczytu łóżka, ale gdy przyszyły dziewczyny, schowałam się pod koldrę z książką i latarką, której używałam jeszcze w dzieciństwie, gdy rodzice kazali mi iść spać. To był wrzesień. Nasze pozbawione klimatyzacji mieszkanie zmieniło się w saunę. Pod koldrą powietrze było gorące i duszne, niemal nie do wytrzymania (TGG, 31).

Komunikacja z innymi jest dla Anniki problematyczna. Używa ona niewielu sygnałów fizycznych, jak np. kontakt wzrokowy, gestykulacja, uśmiech czy proste skinienie głową. Najbardziej wyraźne jest to w sytuacjach kontaktu ze swoim chłopakiem. Annika w sposób charakterystyczny usiłuje nawiązywać tę właśnie relację:

– Chcesz mnie pocałować? – Od tak dawna zazdrościłam ludziom tego, że wydawali się bez wysiłku zdobywać sympatię innych. Trzymanie się za ręce czy całowanie było dla mnie, jak przyzwolenie spróbowania przekąsek z bufetu, których jeszcze nie jadłam, a bardzo chciałam spróbować. Po latach samotności oraz izolacji, uwaga i uczucie od innej osoby niewiarygodnie wzmocniło mojego ducha. To zdecydowanie był lepszy sposób na życie (TGG, 97).

Sposób reagowania, który przecięty człowiek uważa za całkowicie naturalny i normalny, budzi zdziwienie Anniki; bywa, że z tego powodu odczuwa lęk:

Przytulam go odruchowo. Nie cofnął się ani nie znieruchomiał, jak ja bym to zrobiła, gdyby ktoś obcy tak się zachował w stosunku do mnie. Krótko odwzajemnił mój uścisk i poklepał mnie po plecach (TGG, 219).

Annika jest jednak dziewczyną świadomą swoich własnych problemów, dlatego też często tłumaczy czytelnikowi o problemach w przystosowaniu własnych zachowań do różnych sytuacji społecznych:

Chociaż zajęło mi to nieco czasu, w końcu zrozumiałam, że mój mózg nie działa tak, jak u innych ludzi. Myślę w czerni i bieli. Konkrety, nie abstrakcja (TGG, 14).

W innym miejscu bohaterka uzupełnia tę myśl: „Po prostu czasami ludzie wykorzystują mnie, ponieważ mam problemy ze zrozumieniem ich intencji” (TGG, 89).

Gdy pomaga jej matka, przyjaciółka lub Jonathan, łatwiej jej dostosować się do wymogów życia. Kiedy jednak musi radzić sobie sama, jest to

o wiele trudniejsze. Najbardziej uzmysławia tę zależność historia, kiedy Annika musiała sama zgłosić usterkę w mieszkaniu:

Wzięłam kilka głębokich oddechów, po czym zesłam do biura zarządcy przy wejściu do budynku. A co, jeśli nie będę potrafiła wyjaśnić problemu? A co, jeśli powiedzą, że z zamkiem jest wszystko w porządku i jestem po prostu za tępa, by prawidłowo przekreślić klucz? Przede mną w kolejce stała inna lokatorka, młoda kobieta, którą widziałam już kilka razy na korytarzu.

– Chciałabym zgłosić problem – powiedziała. – Kran w kuchni przecieka.

– Jasne – odpowiedział mężczyzna. – Tylko wypełnij to. – Podał jej formularz, na którym pośpiesznie coś napisała, po czym oddała z powrotem. Spojrzał na niego i powiedział, że jeszcze dzisiaj ktoś się tym zajmie.

– Ja również chciałabym zgłosić problem – oznajmiłam, kiedy podeszłam do biurka. Słowa popłynęły w pośpiechu, ledwie trzymając się kupy. Podał mi ten sam formularz, co tamtej kobiecie i zapisał moje imię oraz numer mieszkania. – Coś się dzieje z zamkiem w drzwiach (TGG, 171).

Annika bardzo często nie rozumie społecznych konwenansów. Pewnego razu przysłała do swojego chłopaka z jedzeniem, mimo iż ten został zatrzymany dłużej w pracy. Nie odczuła, że jej wejście do pokoju, gdzie pracują mężczyźni, jest niewłaściwe. Mimo to w pewnym sensie ta sytuacja pomogła jej w przełamaniu stereotypów:

Uśmiecha się, trzymając opakowanie z jedzeniem na wynos z Dominick's. Kiedy mnie dostrzeżę, macha entuzjastycznie. Odmachuję jej w odpowiedzi, a ona otwiera drzwi, po czym wchodzi do środka. Każdy mężczyzna przy stole odwraca się, by na nią spojrzeć i, o rany! Szeroki uśmiech oraz kołyszący się kucyk są balsamem dla moich zmęczonych oczu. Nie mam pojęcia, w jaki sposób Annika ominęła ochronę i weszła do budynku, ale to nieistotne. Ta niemalże dziecięca radość na jej twarzy to jedyna rzecz, która dzisiaj wywołała uśmiech na mojej twarzy (TGG, 199).

Poruszająca jest również scena, gdy Annika, jadąca do Nowego Jorku w poszukiwaniu swojego zaginionego chłopaka, zabiera do samochodu nieznanego mężczyznę z dzieckiem. Jeżeli zastosowałaby się do zasad zdrowego rozsądku, strach przed nieznanym, którego na dodatek spotyka w środku nocy na drodze, mógłby ją powstrzymać. Jednak Annika nie ma tego typu rozterek:

Jeżeli podwoję tego mężczyznę z dzieckiem, to zapewne będzie jedna z nielicznych dobrych rzeczy, jakie się im dzisiaj przytrafią, więc ruszam w stronę zjazdu, zawracając po

nich. Mężczyzna nie za bardzo chce wsiąść do mojego samochodu. Mówi, że ostatnia osoba, która ich podwoziła, kazała im wysiadać, gdy chłopiec zwymiotował.

– Nie wiem, czy cokolwiek zostało mu w żołądku, ale nie mogę być pewny – dodaje.

Mówię, że to żaden kłopot, mimo że na pewno będę mieć problem z zapachem, jeżeli to się stanie. Są w drodze do ciotki w Allentown, gdzie on może poszukać pracy, a ona zająć się dzieckiem. Ich samochód się zepsuł kilka mil stąd i nie ma pieniędzy, aby go naprawić (TGG, 221).

Dopiero ten sam mężczyzna, wysiadając z samochodu i zapewne dostrzegając łatwowierność kobiety, zwraca jej uwagę, że powinna bardziej na siebie uważać.

Zainteresowania Anniki oraz wykonywane przez nią zajęcia są powtarzalne. Dostrzegalne jest także zawężenie przedmiotu uwagi. Pierwszy rodzaj tych zainteresowań to zwierzęta:

Miałam słabość do mniejszych zwierząt, ale czułam też wyjątkową więź z ptakami. Były majestatycznymi istotami i nic nie satysfakcjonowało mnie bardziej niż wypuszczenie jednego z nich i obserwowanie, jak wlatuje wysoko w stronę nieba. Założyłam rękawiczki, po czym kołysalam w dłoniach małe zwierzątko (TGG, 40).

Annika gotowa jest na duże wyrzeczenia, gdy trzeba pomóc zwierzętom. Dowiadujemy się tego w scenie, w której dochodzi do spotkania z gęsiami na drodze:

W pewnym momencie spostrzegłam gęś i długi rząderek drepzczących za nią gąsiątek, próbujących przejść na drugą stronę jezdni. Większość samochodów się zatrzymała, ale niektóre przemykały przez skrzyżowanie, nie zważając na zwierzęta. Bez namysłu wyskoczyłam z samochodu, w pośpiechu zostawiając szeroko otwarte drzwi. Jonathan musiał wyskoczyć z auta tuż za mną, bo słyszałam jego krzyk (TGG, 54).

Drugim przedmiotem jej zainteresowań jest gra w szachy, w której traci się całkowicie:

Kiedy usiadłam naprzeciwko mojego trzeciego i ostatniego przeciwnika, minęły cztery godziny, odkąd zaczęłam grać. To, w połączeniu ze wczesną pobudką oraz energią mentalną potrzebną do utrzymania poziomu gry, zaczęło dawać mi się we znaki. Gdy usiedliśmy, mój przeciwnik skupił się na planszy. Nie patrzyliśmy na siebie ani nic nie mówiliśmy. Nasz pojedynek trwał długo i w miarę jak pozostali kończyli swoje tury, wokół nas zaczął gromadzić się tłum (TGG, 63).

Annika jest pedantyczna; sprzeciwia się nawet niewielkim zmianom w ustalonym przez siebie porządku. Za przykład niech posłuży sytuacja, do jakiej doszło podczas konkursu szachowego:

Kiedy zaczynamy? – Nie znosiłam niewiadomej, powinnam była zapytać Erica, czego mogę spodziewać się na zawodach przed zapisaniem się (TGG, 62).

Momenty, w których nie ma dokładnego planu, a reguł są nieprecyzyjne, wydają się dla niej bardzo stresujące. Odziedziczyła ten sposób myślenia po swoim ojcu, z którym dobrze się rozumie. Annika opowiada o ich wspólnych przygotowaniach świątecznych:

Wraz z tatą spędzaliśmy wiele godzin w pokoju, czytając książki w przyjaznej ciszy, podczas gdy mama piekła ciasta i pakowała prezenty. Razem z tatą przycinaliśmy choinkę, a potem postanowiliśmy umieścić lampki w pionie zamiast owijać je wokół drzewka. Pogrupowaliśmy ozdoby według kategorii; wszystkie z kulkami umieściliśmy w górnej części choinki, a pozostałe na dole (TGG, 127).

Kiedy mieszka już sama, bez przyjaciółki, dokładnie ustalony rytm dnia i życia jest dla niej uspokajający:

Ale Janice już ze mną nie było, więc pozostało mi tylko odhaczanie rzeczy z listy: wrzucić czek za wynajem do metalowego pudełka zamontowanego na zewnątrz biura wynajmu, zapłacić za media, zrobić zakupy, wynieść śmieci. W niedzielne wieczory ustawiałam na cały tydzień kubki z pojedynczą torebką herbaty. Wkładalam łyżki do misek na płatki zbożowe, po czym wszystkie siedem układałam jedna na drugiej, zabierając codziennie rano jedną z góry, by potem tylko nasypać płatków i nalać mleka. Poniedziałek przeznaczałam na pranie, a środę na sprzątanie. W końcu nauczyłam się kochać mieszkanie w samotności. Zawsze panowała cisza. Mój ustalony porządek był solidny. Nic nie mogło tego zmienić (TGG, 180).

Annikę fascynują ponadto małe części przedmiotów. Doskonale poczuła o tym sytuacja, kiedy nie była zainteresowana samym prezentem od swojego chłopaka, ale wstążką, którą był obwiązany:

Chociaż było to coś, czego nigdy nie użyję, bardzo spodobała mi się wstążka, którą obwiązał paczkę. Resztę wieczoru spędziłam, przesuważąc po niej palcami (TGG, 128).

Reakcja Anniki na bodźce jest inna niż otaczających ją ludzi; dziewczyna ma potrzebę czucia ziemi bezpośrednio pod swoimi stopami. Właśnie to ją uspokaja:

Podczas gdy reszta członków podzieliła się na grupki i zaczęła rozmawiać, ja wierciłam się na swoim miejscu z rozstawioną planszą, gotowa do gry. Zrzuciłam buty i nacisnęłam bosymi stopami na zimną podłogę, ponieważ tak *dobrze* się z tym czułam w sposób, którego nie potrafiłam nikomu wytłumaczyć, nieważne jak bardzo próbowałam (TGG, 14).

Zachowanie to budzi nieraz zdziwienie otoczenia:

Stałam boso w kolejce do restauracji. Wszyscy patrzyli w dół na moje pomalowane na różowo paznokcie. Nie zrobiłam tego specjalnie, po prostu zapomniałam założyć butów przed wyjściem z auta (TGG, 64).

Dotyk niektórych tkanin jest dla Anniki drażniący i wywołuje u niej reakcję odrzucenia, dlatego nosi jedynie spódnice na gumce. Pojawiają się też u niej stereotypie w zachowaniach polegające np. na machaniu rękami czy kołysaniu się:

Kiedy podszedł do mnie Jonathan, żołądek mi się skurczył i starałam się uspokoić, potrząsając rękami pod stołem, tak jakbym chciała pozbyć się czegoś nieprzyjemnego z kończuszków palców. Kiedy byłam dzieckiem, w takich sytuacjach zaczęłabym kołysać się i nucić, ale gdy podrosłam, nauczyłam się ukrywać moje metody na uspokojenie (TGG, 15).

Annika zdaje sobie z tego sprawę i w czasie, gdy już korzysta z terapii, stara się panować nad szeregiem tych dziwnych zachowań:

Kiedy jestem już w pobliżu kawiarni, widzę Annikę stojącą na chodniku. Czeka na mnie. Przenosi ciężar ciała z boku na bok, bujając się na piętach. Na mój widok natychmiast przestaje to robić (TGG, 24).

W tabeli 11 przedstawiono podsumowanie objawów autyzmu u omawianej wyżej bohaterki.

Tabela 11. Objawy autyzmu u Anniki z książki T. Garvis-Graves, *Dziewczyna, którą znał*

Objawy z DSM-5	Opis
Deficyty relacji społecznych u tych osób mogą się wahać od łagodnego ograniczenia funkcjonowania do prawie całkowitego braku interakcji.	U Anniki widać łagodne ograniczenie funkcjonowania.
Dzielenie się zainteresowaniami i doświadczeniami może być jedynie zredukowane, ale niektórzy nie inicjują w ogóle kontaktu z innymi i nie reagują na ich próby zbliżenia się.	Annika ma pewne problemy w dzieleniu się z innymi swoimi zainteresowaniami i doświadczeniami. Jednak potrafi to robić w odniesieniu do wybranych osób, jak np. przyjaciółka z pokoju czy też Jonathan.
Podczas mówienia używają niewielu zwykłych sygnałów fizycznych, jak np. kontaktu wzrokowego, gestykulacji, uśmiechów, skinięć głową.	Annika ma problem z nawiązywaniem kontaktu wzrokowego z innymi osobami.
Ich relacje z innymi załamują się, dlatego mają oni kłopoty z przystosowaniem swoich zachowań do różnych sytuacji społecznych.	Annika ma problemy w przystosowaniu do różnych sytuacji społecznych. Przykładem może być trudność w zgłoszeniu awarii w nowym mieszkaniu.
Mogą nie interesować się innymi ludźmi i nawiązywać jedynie nieliczne przyjaźnie.	Annika nawiązuje niewiele przyjaźni. Jednak w przeciwieństwie do Jacoba z poprzedniej książki ma przyjaciół.
Ich zajęcia i zainteresowania charakteryzują się powtarzalnością i zawężeniem przedmiotu uwagi.	Annika interesuje się światem książek, zwierzętami i szachami.
Sprzeciwiają się nawet niewielkim zmianom w ustalonym porządku.	Zmiany w ustalonym porządku są dla niej trudne, dlatego w szczegółach organizuje swój czas i środowisko swojego mieszkania.
Mogą być zafascynowani ruchem lub małymi częściami przedmiotów.	Fascynuje się małymi częściami przedmiotów, np. wstążką w prezencie.
Reakcja na bodźce (ból, głośne dźwięki, skrajne temperatury) może być słaba lub przesadna.	Jej reakcja na niektóre bodźce jest przesadna, np. na zapachy, dźwięki. Aby sobie pomóc we wspólnym pokoju chowa się pod kołdrą.
Niekтары są niezwykle zaabsorbowani doznaniem zmysłowymi: wzrokowymi obrazami ruchu, szczególnie zapachami, dźwiękami.	Annika jest zaabsorbowana dotykiem bosymi stopami ziemi.
Dotyk niektórych tkanin może wywoływać u nich strach lub reakcję odrzucenia.	Annika musi nosić spódnice na gumce, gdyż inne drażnią ją.
Mogą używać osobliwych wypowiedzi lub przejawiać stereotypy w zachowaniach: machanie ręką, kołysanie ciała, echolalia.	W sytuacji zdenerwowania kołysze się, trzępoce rękami.
Początek objawów przypada na wczesny okres rozwoju. Deficyty jednak mogą nie ujawniać się w pełni dopóki wymogi społeczne nie przekroczą ograniczonych umiejętności.	

Objawy z DSM-5	Opis
Objawy powodują kliniczne upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i innych.	Zaburzenia nieco utrudniają Annice funkcjonowanie w sferze szczególnie osobistej.
Występowanie zakłóceń nie może być lepiej wyjaśnione poprzez rozpoznanie niepełnosprawności intelektualnej lub też całościowego opóźnienia rozwoju.	

Źródło: Badania własne.

Podsumowując, Jacob i Annika funkcjonują dobrze, mimo posiadania zaburzeń ze spektrum autyzmu. Istotne jest jednak wsparcie, które mogą otrzymać od bliskich. W następnym podrozdziale omówimy sytuację Erica Lomaxa z autobiograficznej książki *Droga do zapomnienia*, u którego stwierdzono nie autyzm, lecz PTSD. Historia jego życia wskazuje, że także u niego można stwierdzić pewne objawy wysoko funkcjonującego autyzmu.

Autyzm z bardzo wysokim poziomem funkcjonowania – książka: Eric Lomax, *Droga do zapomnienia* (2017)

Eric Lomax jest żołnierzem brytyjskim, który trafił do japońskiego obozu jenieckiego⁴. Oprócz wspomnień z niewoli opisał on w swojej książce także wcześniejsze etapy własnego życia. Na podstawie tej książki powstał film, co do którego można mieć pewne zastrzeżenia⁵, gdyż zawiera świadome świadectwo jedynie zaburzeń PTSD, natomiast problem autyzmu został pominięty (w książce autor wyraźnie wskazuje, że miał pewne problemy ze spektrum autyzmu). Adaptacja filmowa zapewne pominęła owe wątki, bowiem trudniej zauważyć ich przyczyny i przenieść je bezpośrednio na ekran. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że problemy te miały charakter głównie genetyczny, zdecydowały o nich kwestie rodzinne. Lomax w książce opowiada właściwie całe swoje życie. Z naszego punktu widzenia najważniejsze są fragmenty dotyczące przeżytej ciężkiej traumy, jakiej doznał w obozie, oraz wpływu tej traumy na jego losy po wojnie,

4 E. Lomax, *Droga do zapomnienia*, przeł. D. Malina, Kraków 2017. Skrót: EL, numer strony.

5 Film „Droga do zapomnienia”, reż. J. Teplitzky, Wielka Brytania–Australia 2013.

a w szczególności na jego małżeństwo. Swoje łagodne deficyty w zakresie postrzegania relacji społecznych Eric Lomax opisuje następująco:

Nie odnosiłem wrażenia, że się izoluję, ale może zwyczajnie wyniesione z dzieciństwa sprawiły, że byłem bardziej wyniosły, i dały mi pewną samowystarczalność, której inni nie potrzebowali albo po prostu nie mieli. Z uporem i nonkonformizmem uznawanymi przez otoczenie za dziwactwo unikałem na przykład wszelkich sportów i gier zespołowych w czasach, kiedy przynależność do grupy uważano za wyznacznik męskości. Tylko raz wybrałem się na mecz piłki nożnej, w rugby grywałem z taką samą częstotliwością, a w rozgrywkach krykieta uczestniczyłem sporadycznie (EL, 11).

Nieco dalej dodaje lapidarnie: „Poza zborem prawie nie prowadziłem życia towarzyskiego. Nie miałem sympatii” (EL, 23).

Lomax nie był dobry w dzieleniu się z innymi własnymi doświadczeniami, przeżyciami, a nawet zainteresowaniami. Jego możliwości kontaktu z bliźnimi można określić jako dość zredukowane: „Kiedy sięgam pamięcią wstecz, uderza mnie to, że nie nawiązałem żadnych relacji z kolegami ze szkoły” (EL, 18).

Zainteresowania i wykonywane zajęcia są powtarzalne, a uwaga bardzo zawężona. Interesuje się pociągami, a także wszystkim, co dotyczy kolei: „Powiedziano mi, że to zamiłowanie do pociągów, moja fascynacja kolejną, są nieuleczalne” (EL, 7).

Później zainteresował się także tym, w jaki sposób funkcjonują inne urządzenia, np. radio. Największy podziw budziły jednak pociągi oraz inne wozy szynowe, choćby tramwaje:

Moje najwcześniejsze wspomnienie świata poza pokojem dziecięcym nie dotyczy zwierzęcia ani wizyty w parku, lecz dziwnego zbiorowiska maszyn. Kiedy ojciec zabierał mnie na nadmorskie spacer, często dochodziliśmy do zajezdni tramwajowej w Joppie. Leżała ona tam, gdzie historyczny trakt wiodący z Edynburga do Londynu styka się z zatoką Firth of Forth. Podczas jednej z takich przechadzek, kiedy byłem jeszcze bardzo mały, skręciliśmy za lodziarnią Di Rollo i naszym oczom ukazała się główna droga całkowicie zablokowana ogromną barykadą tramwajów, tworzących ścianę brązowego i białego metalu. Wagony były przestronne i piętrowe, ich okna zdobiły misterne drewniane framugi. Tramwaje były dwukierunkowe, a szyby w obu kabinach motorniczego tworzyły pięciokątne graniastosłupy. Na końcach każdego pojazdu znajdowały się otwarte pomosty, z których skrzycona w prawo spirala schodków prowadziła na górne piętro. Maszyny czekały, aż skończy się wyścig w pobliskim Musselburgh, żeby zabrać tłumy z powrotem do Edynburga. Wpatrywałem się w ten mechaniczny rój. Nie wiedziałem, że na świecie jest aż tyle tramwajów. Na nieszczęście dla rodzącej się we mnie fascynacji do pojazdów

poruszających się po szynach, Joppa była tramwajowym rajem. Znajdował się tu przystanek końcowy jednego z ostatnich na świecie systemów linowych – wagony tramwaju były połączone z centralą za pomocą stalowych lin o długości dochodzącej do pięciu mil, które biegnęły szczeliną między szynami, liny zaś w ruch wprawiały ogromne nieruchome silownie parowe w zajezdniach. Niedługo po tym, gdy odkryłem to zbiorowisko tramwajów, ojciec zabrał mnie do usmarowanego olejem wykopu pod poziomem jezdnii na końcowej stacji w Joppie. Była to komora kablowa, w której znajdowało się duże koło kołnierzone. Wokół niego kręciła się stalowa lina ciągnąca tramwaj z Portobello, najbliższego przedmieścia od zachodu. Co kilka minut pojazd przybywał, odłączał się od liny biegnącej na wschód i złapawszy tę prowadzącą na zachód, wracał do Edynburga z imponującą prędkością dwunastu mil na godzinę (EL, 8–9).

Eric uwielbiał obserwować pociągi, czemu daje wyraz w następującym fragmencie:

Tak narodziła się moja nieuleczalna pasja do pociągów. Od tego dnia dużo czasu spędzałem na Park Bridge i wkrótce poznałem innych chłopców o podobnych zainteresowaniach. Wychylaliśmy się, żeby obserwować lokomotywy zwalniające przed stacją towarową albo pędzące dalej po głównej trasie między Edynburgiem a Londynem. W stolicy Szkocji znajdował się bowiem wielki węzeł kolejowy, a ja mieszkałem na wschodnim krańcu wspaniałego splotu linii, wśród których rozsiane były dworce, magazyny, tunele, remontownie i stacje towarowe. Mogłem przyglądać się, jak najwspanialsze lokomotywy London and North Eastern Railway przejeżdżają pod kładką, ciągnąc za sobą długi orszak wagonów. Celem ich podróży był Edinburgh Waverley, dworzec należący do spółki kolejowej i mekka wielbicieli pociągów. Widywałem też mniejsze, starsze lokomotywy na czele podmiejskich i wiejskich pociągów. To wszystko były pociągi i to mi na razie wystarczało (EL, 12–13).

Autyzm Erica Lomaxa jest dobrze ukryty, ale bardzo wyraźny właśnie w tych małych cechach, które na pierwszy rzut oka nie wydają się znaczące. Po wojnie jego cechy autystyczne nakładają się na objawy PTSD tak mocno, że trudno już powiedzieć, czy niechęć do zmian, jaką widać na filmie „Droga do zapomnienia”, kiedy np. nie pozwala żonie na przemeblowanie mieszkania, jest związana z autyzmem, czy też jest próbą utrzymania kontroli nad swoim życiem obciążonym ciężką traumą przebywania w obozie jenieckim. Cechy, które wskazują na autyzm, zostały podsumowane i zestawione w tabeli 12.

Tabela 12. Objawy autyzmu u Erica Lomaxa z książki: E. Lomax, *Droga do zapomnienia*

Objawy z DSM-5	Opis
Deficyty relacji społecznych u tych osób mogą się wahać od łagodnego ograniczenia funkcjonowania do prawie całkowitego braku interakcji.	U Erica Lomaxa deficyty w funkcjonowaniu społecznym są bardzo łagodne. Nasilają się pod wpływem syndromu posttraumatycznego.
Dzielenie się zainteresowaniami i doświadczeniami może być jedynie zredukowane, ale niektórzy nie inicjują w ogóle kontaktu z innymi i nie reagują na ich próby zbliżenia się.	Dzielenie się zainteresowaniami i doświadczeniami u Erica Lomaxa było zawężone do wybranej grupy osób, którzy mieli podobne zainteresowania.
Podczas mówienia używają niewielu zwykłych sygnałów fizycznych jak np. kontaktu wzrokowego, gestykulacji, uśmiechów, skinięć głową.	
Ich relacje z innymi załamują się, dlatego mają oni kłopoty z przystosowaniem swoich zachowań do różnych sytuacji społecznych.	
Mogą nie interesować się innymi ludźmi i nawiązywać jedynie nieliczne przyjaźnie.	Eric Lomax nawiązywał niewiele przyjaźni. W zasadzie czas swój spędzał poza szkołą na śledzeniu nowych pociągów, które pojawiały się w okolicach jego domu.
Ich zajęcia i zainteresowania charakteryzują się powtarzalnością i zawężeniem przedmiotu uwagi.	Przedmiotem zainteresowań Erica Lomaxa były pociągi, a później w pewnym sensie radio.
Sprzeciwiają się nawet niewielkim zmianom w ustalonym porządku.	Eric Lomax nie lubił zmian w swoim życiu. Nie potrafił pogodzić się z przemeblowaniem jego pokoju przez żonę.
Mogą być zafascynowani ruchem lub małymi częściami przedmiotów.	
Reakcja na bodźce (ból, głośne dźwięki, skrajne temperatury) może być słaba lub przesadna.	
Niektórzy są niezwykle zaabsorbowani doznaniem zmysłowymi: wzrokowymi obrazami ruchu, szczególnie zapachami, dźwiękami.	
Dotyk niektórych tkanin może wywoływać u nich strach lub reakcję odrzucenia.	
Mogą używać osobliwych wypowiedzi lub przejawiać stereotypie w zachowaniach: machanie ręką, kołysanie ciała, echolalia.	
Początek objawów przypada na wczesny okres rozwoju. Deficyty jednak mogą nie ujawniać się w pełni dopóki wymogi społeczne nie przekroczą ograniczonych umiejętności.	

Objawy z DSM-5	Opis
Objawy powodują kliniczne upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i innych.	
Występowanie zakłóceń nie może być lepiej wyjaśnione poprzez rozpoznanie niepełnosprawności intelektualnej lub też całościowego opóźnienia rozwoju.	

Źródło: Badania własne.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu sytuuje się w obszarze zaburzeń neurorozwojowych, które zaczynają się w okresie dzieciennym. Zaburzenia zachowania również biorą swój początek w dzieciństwie. Pierwszym omówionym literackim przykładem tego typu będą koleje życia Jodie, bohaterki książki Cathy Glass pt. *Skrzywdzona*, opublikowanej w Polsce w 2007 roku.

Zaburzenia zachowania – książka: Cathy Glass, *Skrzywdzona* (2007)

Bohaterka książki *Skrzywdzona* to dziewczynka mająca osiem lat⁶. Trafia pod opiekę rodziny zastępczej; jej opiekunką zostaje Cathy, która sama jest matką dwojga własnych dzieci: Adriana i Pauli; opiekuje się też dziewczynką o imieniu Lucy, którą adoptowała. Jodie spotkały rzeczy straszne: przemoc, gwałcenie i wykorzystywanie seksualne przez cały rodzinny gang pedofili. Doświadczenia te skutkują objawami, które można przypisać zaburzeniom zachowania, ale z pewnymi wątpliwościami. Można tę kwestię rozpatrywać także jako objawy posttraumatyczne – trudno to do końca rozstrzygnąć. Istnieje kilka zasadniczych symptomów, które mogą potwierdzać diagnozę zaburzeń zachowania; te właśnie wykorzystane zostaną do naszej interpretacji. W książce opowiedziany zostaje okres przebywania dziewczynki w domu Cathy. W międzyczasie Jodi wraca pamięcią do dawnych przeżyć, co nie pozwala jej ustabilizować swojego życia. Ostatecznie wszystkie problemy, które sprawia, doprowadzają

6 Zob. C. Glass, *Skrzywdzona*, przeł. M. Osip-Pokrywka, Warszawa 2007. Skrót: CG, numer strony.

dziewczynkę do domu wychowawczo-opiekuńczego, w którym ma szansę otrzymać odpowiednie leczenie.

U Jodie od początku jej pobytu w domu zastępczym występuje zarówno agresja fizyczna wobec innych dzieci, jak i również próby zastraszania ich, manipulowania nimi czy wymuszania groźbami posłuszeństwa. Towarzyszy temu brak poczucia winy oraz nieumiejętność nawiązywania relacji z innymi. Problemy z dziewczynką zaczynają się właściwie od pierwszego dnia, gdy trafia do nowej rodziny:

Wynoście się – wybuchła w stronę dziewczynek. – To mój dom! Idźcie sobie! Zamurowało mnie. Jak mogła tak pomyśleć, skoro opowiadałam jej o dziewczynkach i pokazywałam ich pokoje. Zaśmiały się, co było zrozumiałe, ale niezbyt rozsądne. Zanim zdołałam ją powstrzymać, Jodie dopadła do Pauli i kopnęła ją w goleń. Ta odskoczyła z krzykiem (CG, 17).

Podobne sytuacje powtarzają się często i to w stosunku do wszystkich dzieci Cathy. Zarówno w stosunku do Lucy: „Popatrzyła na Lucy, a potem złośliwie dała jej kuksańca w żebra” (CG, 18), jak i w stosunku do Adriana:

Zobaczyłam uśmiech Jodie, ten jej makabryczny wyraz twarzy, a potem szybki jak błyskawica rzut pełnej garści owsianki w Adriana.

– Jodie! Przestań! krzyknęłam i zabrałam jej miskę z owsianką. – To było niegrzeczne. Teraz muszę wyczyścić mu bluzę. Popatrz, jakiego bałaganu narobiłaś (CG, 44).

Jodie często inicjuje bójkę, bije inne dzieci i prowokuje ich agresję poprzez własne zachowania agresywne. Można też powiedzieć, że w okrutny sposób zachowuje się wobec zwierząt. Raz podpaliła psa należącego do ojca, przez co nieomal nie wywołała pożaru w domu:

Jodie to zrobiła – wyszeptała. – Okręciłam go całą srajtaśmą, a potem wzięłam zapalniczkę mamy. Podskakiwał i podskakiwał, i szczekał, i biegał naokoło, i wszystko zaczęło się palić (CG, 70).

Istotną kwestią w przypadku tego podpalenia jest fakt, że był to pies jej własnego ojca, tego, który znęcał się nad nią i wykorzystywał seksualnie przez lata. Krzywdą ze strony bliskich wpłynęła silnie na jej psychikę. Dziewczynka była przez to w niepokojący sposób zafascynowana śmiercią zwierząt. Oto jej reakcja na widok martwego ptaka:

Odwróciła się uśmiechnięta szeroko, podnosząc martwego gołębia i pokazując go jak trofeum. Głowa ptaka kiwała się na boki, z rozciętego brzucha wystawały zakrwawione wnętrzności. Przeraziłam się. Jodie wpatrywała się w gołębia zafascynowana (CG, 48).

Jodie nie szanowała też cudzej własności i przywłaszczała sobie zabawki innych dzieci:

Kiedyś znikła komórka Adriana i po długich poszukiwaniach znalazłam ją w pudełku na zabawki Jodie, które stało na półce na werandzie. Mała niczego wcześniej nie ukradła, ale miewała problemy z poszanowaniem cudzej własności, mimo że tyle razy powtarzałam jej i przypominałam, że nie można po prostu wziąć sobie czegoś, co się chce, że trzeba wcześniej zapytać właściciela (CG, 76).

Zabawki, nawet przywłaszczone, były przez nią bardzo często niszczone w dość bestialski sposób. Często niszczyła też rzeczy należące do jej zastępczej mamy:

Skinęła głową na szafę. Podeszłam i odsunęłam drzwi. Na dole leżała Betsy, z oderwaną głową i wylazącą z szyi watą.

– To nie był wypadek, kochanie, prawda? – Podniosłam rozerwane części lalki. – Dlaczego nie powiedziałaś mi wcześniej?

– Nie chciałam więcej nerwów, mamo. To tylko zabawka. Naprawdę. To nieważne.

Usiadłam na łóżku; dotarło do mnie raz jeszcze, ile rzeczy rodzina musiała znieść.

– Przepraszam, kochanie. Przyglądałam się jej dzisiaj jak jastrzęb. Jedyny moment, gdy została sama, to gdy byłam w toalecie. Jutro postaram się znaleźć taką samą lalkę, ale w przyszłości musisz mi mówić o takich rzeczach. Wiem, że jest ci szkoda Jodie, ale jeśli możemy jej jakoś pomóc, to musi zacząć się uczyć. Dobrze?

Przytaknęła na zgodę, uścisnęłyśmy się, potem wyszłam i kontynuowałam swój nocny obchód. Zapukałam do drzwi Lucy i czekałam na jej głośnie „Proszę!”. Była już w piżamie, oparta na poduszkach.

Od razu wyczułam, że coś było nie tak.

– Nie czujesz się dobrze? zapytałam.

Otworzyła stojąca przy łóżku toaletkę i wyjęła pudełko z przyborami do makijażu. Spojrzałam na zaschniętą grudę czarnego tuszu do rzęs, niebieskiego cienia do powiek i beżowego podkładu (CG, 31–32).

Istnieje wiele argumentów wskazujących na zaburzenia zachowania u Jodie. W rachubie trzeba jednak uwzględnić także jej traumatyczne doświadczenia, przez co wiele zachowań można również zinterpretować jako zaburzenia posttraumatyczne.

Jako pierwsze wymienimy zaburzenia dysocjacyjne, przez które dziewczynka dokonuje w sposób kompulsywny samouszkodzeń swojego ciała:

Niczym w transie Jodie podniosła powoli ręce i pokazała mi wnętrza dłoni. Były umazane krwią, ale wciąż nie widziałam żadnego śladu zranienia. Podciągnęłam rękawy jej piżamy i wtedy zobaczyłam. Miała na lewym przedramieniu przecięcie długości około dwóch centymetrów, z którego wolno sączyła się krew (CG, 20).

Zauważalne są w jej zachowaniu tendencje do autoagresji:

Wrzasnęła przeciągle, potem upadła na kolana i zaczęła ze złości okładać się po twarzy i głowie. Koniecznie chciała sobie zrobić krzywdę. Gdy waliła się pięściami po głowie, ukłękłam za nią, objęłam ją w pól i skrzyżowałam jej ręce na klatce (CG, 22).

Część zachowań autoagresywnych pojawiało się na granicy snu i jawy. Były wywołane przez przeżywane nocne koszmary, które prześladowały Jodie. Zdarzały się sytuacje, że nosiły one znamię niemalże halucynacji:

Rzucala się po podłodze z boku na bok, wrzeszcząc wniebogłosy, owładnięta atakiem strachu.

– Jodie! – krzyknęłam, próbując przebić się przez jej koszmar. – Jodie, to ja, Cathy! Ale jej wrzaski zagłuszały mój krzyk.

Upadłam na kolana i wzięłam ją za ręce. Twarz miała wykrzywiona, paznokciami drapała swoje oczy, jakby je chciała wydłubać. Jedno jej ramię przytrzymałam swoim kolanem, drugie założyłam jej za głowę. Walczyła ze mną z całej siły, a miała jej nieprawdopodobnie dużo. Jakby obudziły się w niej jakieś demony i walczyły za nią (CG, 43).

Dziewczynka doświadczająca więc halucynacji, istnieje niejako na granicy snu i jawy:

Okolo drugiej nad ranem obudzily mnie krzyki Jodie. Wrzucilam na siebie szlafrok i przebieglam przez korytarz, czujac sie, jakbym dopiero co polozyla sie spac. Jak zwykle zapukalam szybko do drzwi, ale nie czekajac na odpowiedz, weszlam do srodka. Jodie lezala w lozku, mocno sciskajac koldre rekami i naciagajac ja na glowe. Usiadlam na brzegu lozka i Jodie przestala krzyczec.

– Co się dzieje, kochanie – zapytałam.

– To te oczy! – jęknęła z przerażeniem.

– Jakie oczy, skarbie? Wyjdź spod tej koldry, to cię przytulę.

– Nie! Są wszędzie! Oczy w ścianach, patrzą na mnie!

Polozyłam rękę na koldrze, na stopach Jodie, starając się ją uspokoić.

- Jodie, kochanie, wiem, że się boisz, ale to tylko twoja wyobraźnia. Nie ma tu żadnych oczu. Nikt się na ciebie nie patrzy. Przytul się, proszę.
 – Są tu! – odkrzyknęła. – Widzę je, idą do mnie! Nie jestem głupia. Zatrzymaj je, Cathy (CG, 56).

Pojawiały się też u dziewczynki objawy związane ze stuporem:

Nie poruszyła się. Ręce i nogi leżały wyprostowane i sztywne, jakby były zalane betonem. Wiedziała, że nie udaje, albo przynajmniej nigdy nie widziałam, żeby ktoś coś takiego udawał. Położyłam dłoń na jej czole. Było ciepłe, ale nierozpalone.

– Jodie? Słyszysz mnie?

Znów nią potrząsnęłam, tym razem nieco mocniej.

– Jodie, popatrz na mnie. Powiedz, co się stało. To ja, Cathy. Jodie? Słyszysz mnie?

Zamrugła oczami, potem powoli odwróciła się i spojrzała na mnie. Miała rozszerzone źrenice, a wokół oczu duże ciemne kręgi. Odezwała się równym, monotonnym głosem:

– Przyszedł tu w nocy. Mówiłaś, że tego nie zrobi, ale zrobił. Wiem, wiem, kto to był (CG, 48).

Inne objawy pozwalają interpretować zaburzenia dziewczynki jako osobowość mnogą. Czasami uważa się za małą dziewczynkę, a znowu innym razem za dorosłego, agresywnego mężczyznę:

Odwróciła się gwałtownie w moją stronę. Jej rysy były ostre i zniekształcone.

– Nie! – krzyknęła ochryplym, męskim głosem. – Wynos się albo rozszarpie cię na kawałki! Wynos się, dziwko!

Instynktownie cofnęłam się o krok.

– Jodie! Nie używaj takich słów. A teraz się uspokój. Zajmij się czymś, żebyś była cicho. Mówię poważnie (CG, 77).

Można przypuszczać, że walczyła w niej postać ofiary i prześladowcy. Im dłużej dziewczynka przebywa w domu Cathy i im więcej dowiadujemy się o straszliwej traumie, której doświadczyła, tym bardziej nasilają się jej objawy dysocjacyjne:

Okazało się, że w tym tygodniu Jodie spędziła w szkole tylko półtora dnia, a jej stan pogarszał się na moich oczach. Gdy nie płakała, wpatrywała się w sufit, nieobecna i oddalona od wszystkiego, co mówiłam czy robiłam. Prawie w ogóle nie jadła (CG, 96).

Bywało, że dziewczynka nie potrafiła przestrzegać pewnych elementarnych zasad intymności. Dochodziło do sytuacji, w których mimo młodego wieku w sposób kompulsywny masturbowała się na oczach członków rodziny:

Wpadłam do przedpokoju. Adrian wchodził na górę. W salonie zastałam Jodie siedzącą na sofie z nogami w górze i jedną ręką w majtkach. Masturbowała się. Wiedziałam, że przypadki masturbowania się przez małe dzieci nie były odosobnione, nawet jeśli zwykle się o tym nie mówiło, ale ośmioletnie dziecko, nawet z trudnościami w uczeniu się, powinno już wiedzieć, że jest to coś, czego nie robi się na oczach innych. Czy Jodie chciała, by ktoś ją oglądał? Jeśli tak, to miała pewność, że ktoś ją zobaczy, bo ciągle przechodziliśmy przez salon (CG, 29).

Przykre doświadczenia, jakich doświadczyła, doprowadzały do sytuacji, w których sama odgrywała w zabawach wykorzystanie seksualne:

Zajrzałam przez wpółotwarte drzwi i zamarłam. Jodie dalej bawiła się lalką, ale podciągnęła jej sukienkę do góry i lizła ją między gołymi nogami. Wydawała przy tym niskie, chrapliwe odgłosy, jakby z przyjemności, i sprawiała wrażenie zupełnie nieświadomej mojej obecności. Weszłam do salonu. Jodie podniosła głowę (CG, 34).

Do innych problemów Jodie można zaliczyć także zaburzenia wydalania. Najczęściej dziewczynka moczy się, ale pojawiają się też u niej wypadki związane z kałem:

– Chcesz zrobić kupę?

– Nie! – Wyszczerzyła zęby w uśmiechu i zanim się zorientowałam, co robi, włożyła rękę do spodni i rozsmarowała kał na swojej buzi (CG, 14).

Takie objawy wiąże się zwykle z obniżeniem poziomu intelektualnego. W przypadku Jodi można powiązać je także z objawami posttraumatycznymi wynikającymi z wieloletniego wykorzystywania na tle seksualnym.

Niestety stan Jodie jest bardzo poważny. W końcu zdecydowano odesłać ją do zamkniętej placówki opiekuńczo-wychowawczej. Cathy to postać niezwykle światła i świadoma, z czym ma do czynienia. Potrafiła rozpoznać nie tylko objawy wskazujące na zaburzenia zachowania, lecz przytomnie zauważyła, że część z objawów ma charakter posttraumatyczny i jest powiązana z doświadczeniami wielkiej krzywdy. Cała historia zaburzeń zachowania Jodi została zestawiona w tabeli 13.

Zaburzenia neurorozwojowe z continuum autyzmu oraz zaburzenia zachowania czy też zaburzenia posttraumatyczne nie wyczerpują naszego wyboru dzieł beletrystycznych. W kolejnym podrozdziale pokażemy przykłady tzw. innych zaburzeń okresu dziecięcego.

Tabela 13. Objawy zaburzeń zachowania i innych u Jodie z książki: C. Glass, *Skrzywdzona*

Objawy z DSM-5	Opis
<p>Przewlekły i powtarzający się sposób zachowania, w którym naruszane są podstawowe prawa innych osób lub ustalone dla danej grupy wiekowej normy społeczne i zasady. Charakteryzują się co najmniej trzema spośród objawów w ciągu 12 miesięcy.</p> <p>1. Częste znęcanie się nad innymi, grożenie im i ich upokarzanie.</p>	<p>Jodie wykazuje takie zachowania, jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> – agresja fizyczna, kopanie innych dzieci w domu zastępczym; – zastraszanie, manipulowanie innymi dziećmi; – wymuszanie posłuszeństwa groźbami; – brak empatii; – brak „wyrzutów sumienia”; – nieumiejętność nawiązywania relacji z innymi dziećmi, agresja we wszystkich kontaktach, brak kontaktu wzrokowego.
2. Częste inicjowanie bójek.	Jodie zaczyna bójki i prowokuje agresję u innych.
3. Używanie broni, która może być zagrożeniem.	
4. Okrutne zachowania wobec ludzi.	
5. Okrutne zachowania wobec zwierząt.	Jodie podpala psa swojego ojca. Fascynuje ją martwy ptak.
6. Kradzieże w obecności ofiary.	Jodie nie szanuje cudzej własności, przywłaszcza sobie zabawki innych dzieci.
7. Zmuszanie innych do czynności seksualnych.	
8. Aktywne działania w kierunku wywoływania pożarów z zamiarem wywołania poważnych szkód.	Jodie wywołała pożar w domu.
9. Celowe niszczenie cudzej własności.	Jodie niszczy cudzą własność, wyladowuje swoją złość na cudzych zabawkach.
10. Inne poza zaburzeniami zachowania: Zaburzenia dysocjacyjne.	Jodie dokonuje samouszkodzeń, występują u niej objawy osobowości mnogiej. Pojawiają się mutyzm i objawy stuporu.
Zaburzenia wydalania.	U Jodie pojawia się zarówno moczenie w trakcie dnia, jak i mazanie się kalem.

Źródło: Badania własne.

2. Inne zaburzenia u dzieci

Zaburzenia somatyczne – książki: Helena Keller, *Historia mego życia* (1978) oraz Alicja Kaczyńska, *Helena Keller* (1985)

Zaburzenia zamieszczone w klasyfikacji pod hasłem „inne” precyzyjnie i wyczerpująco opisane zostały w książce autobiograficznej Heleny Keller⁷. Obok tego doskonałym uzupełnieniem informacji, jakie można tam znaleźć, jest opracowanie Alicji Kaczyńskiej, która idąc śladami Keller, wnikliwie wprowadza w świat zaburzeń „innych”⁸. Zestawione zostaną ze sobą dwa bliźniacze gatunki literackie – autobiografia oraz biografia.

Obie książki dotyczą postaci Heleny Keller – amerykańskiej głuchoniewidomej pisarki i działaczki społecznej. Keller urodziła się w 1880 roku w Tuskumbii w stanie Alabama. Jako 19-miesięczne dziecko bardzo poważnie zachorowała, prawdopodobnie na zapalenie mózgu. W wyniku przebytej choroby doszło do utraty dopiero rozwijającej się mowy (początki rozwoju mowy przypadają na koniec pierwszego, początek drugiego roku życia), słuchu oraz wzroku. W takich okolicznościach dalsze życie było niezwykle trudne zarówno dla niej, jak i dla najbliższego otoczenia. Żyła w ciszy, ciemności i ogólnej niemocy:

Powoli coraz głębiej zanurzała się w ciemność, zapadała w ciszę, odchodziła ze świata wrażeń, stawała się więźniem zamkniętym w granicach swojego ciała (AK, 19).

Nikt z najbliższych nie wiedział, jak nawiązać z Heleną kontakt i rozpoznać jej potrzeby:

Dziewczynka, pozbawiona dopływu bodźców, posiadająca bardzo małe doświadczenie, żyła „z dnia na dzień” jak dziecko autystyczne czy „dzikie dziecko” opisywane m.in. przez Bruno. Nie było żadnego dostępu do jego świadomości (AK, 7).

Dzieci, które z różnych powodów nie rozwijają mowy, nie mogą stymulować rozwoju myślenia. Te dwie umiejętności wyższe są ze sobą integralnie powiązane i współzależne. Helenka sprawiała więc wrażenie dziecka zupełnie pozbawionego umiejętności formułowania pojęć czy

7 H. Keller, *Historia mego życia*, Warszawa 1978. Skrót: HK, numer strony.

8 A. Kaczyńska, *Helena Keller*, Warszawa 1985. Skrót: AK, numer strony.

ogólnych procesów myślowych. Żyła w „skafandrze” oddzielającym ją od świata, nieszczęśliwa i przysparzająca nieszczęść najbliższemu otoczeniu:

[...] z upływem czasu zanikała mimika, jaką posiada każde normalne dziecko. Żadnego wyrazu, żadnego uśmiechu – maska nieruchoma i tragiczna w swym spokoju. I żadnego dźwięku nie wydawały już usteczka poza skowyt w razie doznania bólu, jak parę dni temu, gdy mała upadła i zraniła sobie kolano (AK, 19).

Sytuacja ta utrzymywała się aż do siódmego roku życia. „Nikt w domu nie potrafił jej niczego nauczyć” (AK, 22) – jak pisze Kaczyńska. Autorka biografii w dalszej części swego tekstu opowiada, jak trudnym zadaniem dla rodziny sprawne porozumienie się z Heleną:

Atmosfera domu stawała się z każdym miesiącem coraz cięższa. Mała tyranka wybuchała coraz częściej niepohamowanym gniewem, nie mogąc znaleźć sposobu porozumiewania się z członkami rodziny i towarzyszami zabaw, a ponieważ kapitan [ojciec – przyp. A.S.] zakazał wszystkim zmuszania jej siłą do posłuszeństwa, domownicy ulegali jej humorom, zyskując w ten sposób choć trochę spokoju (AK, 25).

Zdesperowani rodzice w książce Charlesa Dickensa znaleźli opis spotkania z niewidomą i głuchoniemą wychowanką Instytutu Perkinsa w Bostonie. Wpadli dzięki temu na pomysł, by zatrudnić dla Heleny guwernantkę, która podolałaby opiece nad ich dzieckiem. Ich wybór padł nieprzypadkowo na nauczycielkę właśnie z Instytutu Perkinsa. Była to Anna Sullivan, osoba doświadczona w pracy z głuchoniemymi dziećmi, sama powoli tracąca wzrok. Miała olbrzymie pokłady empatii, cierpliwości, doświadczenia i kreatywności. Mimo wszystko pierwsze spotkanie z Helenką nie było dla pełnej obawy Anny zachęcające:

Ukazała się żaloszna postać sześciolatniej dziewczynki. Ubranie jej było brudne, fartuszek wyplamiony, włosy w największym nieładzie. Miała czarne buciki z poobrywanymi guziczkami, a pończocha na lewej nóżce opadała na cholewkę. Dziecko było mocno zbudowane i duże na swój wiek. Nieruchome oczy, z których jedno było bardziej wypukłe, miały barwę błękitu i od razu zdradzały kalectwo. Wyciągniętymi rączkami dziewczynka badała drogę przed sobą, a nozdrza jej kształtnego noska drgały – najwyraźniej węszyła... (AK, 14).

Najtrudniejsze okazało się zdobycie zaufania dziewczynki, która od początku nie ułatwiała zadania swojej nowej opiekunce, zadając kolejny zawód rodzicom:

Przybycie Anny Sullivan do Tuskumbii, tak bardzo oczekiwane przez całą rodzinę Kellerów, nie od razu spełniło ich nadzieje. Helenka od pierwszego momentu zetknięcia z nowo przybyłą, wykazywała dużo nieufności i badała swoimi sposobami zarówno samą osobę nauczycielki, jak i wszystko to, co ze sobą przywozła (AK, 34).

Anna była jednak osobną bardzo doświadczoną, dlatego pierwsze złe wrażenie nie osłabiło w niej determinacji, by pomóc dziewczynce: „Panna Sullivan nie traciła czasu i od pierwszej chwili starała się wdrożyć Helenkę do wykonywania poleceń” (AK, 35).

Rozpoczęły się żmudne lekcje. Początkowo polegały one na „oswajaniu” Heleny, która sprawiała wrażenie zrozpaczonej i zagubionej. Dziewczynka nie rozumiała przede wszystkim, dlaczego Anna stawia przed nią pewne wymogi i oczekuje uczestnictwa w lekcjach:

Mała nie pozwalała dotknąć się i trzymała się stale z daleka, a wszelkie próby przełamania jej niechęci kończyły się porażką. [...] Anna trwała jednak w spokoju nawet wtedy, gdy wybryki i złośliwości małej godziły w nią samą. Odruchy dziecka, gdy spróbowała zbliżyć się, miały bolesne skutki: kopanie, gryzienie i drapanie były najczęściej jedyną reakcją (AK, 39).

Z czasem opór dziewczynki został przełamany, a nauka przyniosła oczekiwane efekty. Dzięki wytrwałości, uporowi i pomysłowości nowej nauczycielki siedmioletnia Helenka nauczyła się porozumiewać z otoczeniem metodą palcowo-dotykową, wynalezioną w XVII wieku, a znaną jako mowa trapistów. Ten sposób komunikacji wymyślił opat de L'Épée, czym umożliwił zakonnikom porozumiewanie się bez łamania ślubów (AK, 49):

Był piękny, wyłoczony słońcem dzień 5 kwietnia 1887. Czyste powietrze zdawało się drzeć od lekkiego podmuchu ciepłego wiatru, który niósł ze wszystkich stron zapach pól, łąk i lasów. Jak co dzień panna Sullivan wyszła z Helenką do ogrodu zaraz po śniadaniu. Mała niosła w ręce kubek, i wesoło podskakiwała wężąc, w którą stronę nauczycielka ją zaprowadzi. Minęły krótką alejkę i skierowały się w stronę ogrodowej pompy. Nauczycielka zatrzymała się i podsunęła rączkę Helenki wraz z kubkiem pod kran. Woda wypełniła naczynie i przelała się, ciekąc chłodnym strumieniem po rękę małej. Wtedy Anna chwyciła drugą rączkę dziecka i zrobiła na dłoni znaki odpowiadające wyrazowi «woda». Nie przestawała przecież robić tych znaków przy różnych okazjach, tak jak chociażby tego ranka, gdy w czasie śniadania na próżno usiłowała uświadomić dziecku różnicę między mlekiem a dzbankiem odpowiednimi znakami dla tych wyrazów. Czynność ta zmechanizowała się do tego stopnia, że nauczycielka nie zwróciła początkowo

uwagi na fakt, jaki ujawnił się właśnie w tym momencie, ale już po chwili zorientowała się, dlaczego Helenka wypuściła z ręki kubek. Dziewczynka stała rozpromieniona, jakby doznała jakiegoś olśnienia.

– Stało się! – zawołała panna Sullivan. – Stało się! – powtórzyła głośno, choć nikogo nie było w pobliżu. Bo Helenka podsunęła znowu rączkę pod kran, a gdy woda polała się obficie, schwyciła wyciągniętą ku sobie dłoń nauczycielki i wyznaczyła w niej wyraz „water”. Był to niezbity dowód skojarzenia dwóch wrażeń, a nie, jak dotychczas, mechaniczne powtórzenie znaków (AK, 56).

Dziewczynka nauczyła się nowego języka. Zaczęła rozumieć, co się wokół niej dzieje, a lekcje z Anną zaczęła traktować jako dobrodziejstwo losu:

Kiedy 5 kwietnia 1887 roku wyraz „water” przybrał realny kształt i stał się kluczem do mowy ludzkiej, słowo objawiło się Helence jako największy skarb, najbardziej godny zdobywania (AK, 101).

Helenka zaczęła rozumieć, że każdy przedmiot i każda rzecz ma swoją nazwę. Opowiada nam o tym w swojej autobiografii:

Odeszłam od studni pełna zapału do nauki. Każda rzecz miała nazwę, a każda nazwa dawała życie nowej myśli. Po powrocie do domu czegokolwiek się dotknęłam, dygotało życiem (HK, 6).

W krótkim czasie Helenka prześcignęła poziomem wiedzy i dojrzałością swoich rówieśników. W ciągu kolejnych lat stawała się coraz bardziej ciekawą świata osobą, przejawiającą wysoką inteligencję, wrażliwość i ambicje. Odczuwała nieustanny głód wiedzy. Stawiała czoła tragediom (np. śmierć ukochanego ojca), brakowi akceptacji. Zyskała umiejętność wczuwania się w położenie innych osób niepełnosprawnych, które rozumiała doskonale. Anna Sullivan nauczyła ją, jak panować nad własnymi uczuciami:

Stosowałam zawsze metodę używania słów oznaczających uczucia, właściwości moralne lub intelektualne i czynności w związku z okolicznościami domagającymi się słów. Wkrótce po objęciu mojej pracy nauczycielskiej Helenka stłukła nową lalkę, którą bardzo lubiła. Rozplakała się. Powiedziałam do niej: „Nauczycielce bardzo przykro” (HK, 267).

Kilkakrotne powtórzenie wystarczyło, żeby skojarzyła słowa z uczuciem. Od października 1889 roku nauka Heleny nabrała regularności. Program obejmował arytmetykę, geometrię, zoologię, botanikę i czytanie:

Rozwój intelektualny Heleny w ciągu tych dwóch lat objawia się najwyraźniej w jej sprawności językowej i coraz większej zdolności rozróżniania subtelniejszych odcieni w znaczeniu wyrazów (HK, 273).

Helena zadziwiająco dużo czyta, chętnie pisze listy, tworząc ich całe morze. Pisze też własne bajki, historyjki czy opowiadania. Zadaje otoczeniu, ale i sobie mnóstwo pytań, próbuje odnaleźć odpowiedzi na problemy nierozwikłane dotąd przez nikogo, np. kto stworzył świat, a kto stworzył Boga? Ciekawość intelektualna otwiera przed nią szkołę, a następnie *college*. To tutaj doskonalili swój styl pisania. Lektor literatury angielskiej na Harvardzie i Radcliffe miał powiedzieć o Helenie:

W niektórych swoich pracach okazała większy talent literacki niż kiedykolwiek którekolwiek z moich słuchaczy czy słuchaczek. Ma nadzwyczajne wyczucie płynności stylu (HK, 328).

Tabela 14. Zaburzenia inne u Heleny Keller z książek: H. Keller, *Historia mego życia* oraz A. Kaczyńska, *Helena Keller*

Objawy z ICD-10	Opis
1. Dowody świadczące o chorobie, uszkodzeniu lub dysfunkcji mózgu, albo o somatycznej chorobie układowej, o których wiadomo, że są związane z jednym z wymienionych zespołów.	Zapalenie mózgu zdiagnozowane w 19. miesiącu życia; Utrata wzroku i słuchu, potwierdzona przez lekarzy, jako skutek zapalenia mózgu.
2. Związek czasowy (tygodnie lub kilka miesięcy) pomiędzy rozwojem choroby podstawowej i wystąpieniem zespołu zaburzeń psychicznych.	Zapalenie mózgu, utrata wzroku i słuchu, życie „we własnym świecie”, bez kontaktu z otoczeniem.
3. Stwierdzenie ustępowania zaburzeń psychicznych po usunięciu lub ograniczeniu przyczyn leżących przypuszczalnie u ich podłoża.	Helena uczy się komunikacji, „otwiera się” na kontakty z otoczeniem – bliższym i dalszym, także poprzez pisanie.
4. Brak dowodów sugerujących inną przyczynę zaburzeń psychicznych (takich jak znaczne obciążenia rodzinne lub wyzwalające czynniki stresowe).	Choroba somatyczna u bohaterki, brak podobnych przypadków w rodzinie, świadczą o braku innej niż choroba podstawowa przyczynie.

Źródło: Badania własne.

Historia Heleny jest bardzo pouczająca, pokazuje bowiem, jak z niemożliwego zrobić możliwe. Udowadnia, że niepełnosprawności nie muszą wykluczać człowieka z normalnego życia. Warto nadmienić, że w życiu Heleny Keller pojawia się wątek polski. Po drugiej wojnie światowej

ta wybitna intelektualistka zorganizowała pomoc dla dzieci niewidomych w Laskach pod Warszawą. Zmarła 1 czerwca 1968 roku, mając 88 lat. Książki cytowane powyżej to lektura obowiązkowa dla każdego, można bowiem postawić Helenę Keller za wzór dla każdej ambitnej kobiety. Jej życie to przykład tego, jak mimo przeciwności losu można osiągać zamierzone cele, uzyskując status kobiety wspaniałej, silnej, ambitnej, mądrej i niezależnej. W tabeli 14 podsumowujemy wszystkie objawy zaburzeń innych, które pojawiły się u Heleny.

Mutyzm dziecięcy – książki: Heidi Hassenmüller, *Niemy śmiech* (2005) oraz Casey Watson, *Dziewczynka, która przestała mówić* (2018)

W dalszej części tekstu zajmiemy się mutyzmem dziecięcym. Za przykład literackiej interpretacji tego typu schorzenia posłuży historia Antje, którą opowiada Heidi Hassenmüller w swojej książce pt. *Niemy śmiech*, opublikowanej w 2005 roku⁹. Bohaterkami powieści są Katherina i jej ośmioletnia córka Antje. Przez pierwsze osiem lat życia dziewczynka żyła zupełnie normalnie, o ile ową „normalność” utożsamimy z pewną przeciętnością lub niepozornością. Antje bardzo kochała swoją mamę, lubiła wychodzić z nią na zakupy. Mimo wszystko relacja z matką wydawała się powierzchowna. Katherine rozmawiała z córką przede wszystkim o szkole. Nie poruszała z nią tematów dotyczących przyjaciółek czy nauczycieli, interesowały ją głównie stopnie córki:

Dotychczas dostawała same bardzo dobre, więc właściwie nie było specjalnie o czym mówić. Ale to nic, Antje i tak nie wiedziałyby, co powiedzieć o przyjaciółkach, ponieważ żadnej nie miała (HHa, 5).

W powierzchownych i nieczęstych rozmowach z mamą Antje zazwyczaj milczała. Bolało ją gardło. Matka nie była jednak w stanie dostrzec, że córce coś dolega:

Tak to się zaczęło. Milczała coraz częściej. Coraz częściej też bolało ją gardło, czasami z trudem chwytala powietrze [...]. Katherine nie wyglądała na specjalnie zaniepokojoną tym faktem. [...] Rano ciągle się spieszyła, a przecież dziecko bez szemrania zjadało

9 H. Hassenmüller, *Niemy śmiech*, przeł. M.J. Dykier, Wrocław 2005. Skrót: HHa, numer strony.

na śniadanie swoją porcję musli i świeżą sałatę z chudym mięsem na kolację. Oceny też miało dobre (HHa, 6).

Pewnego dnia Katherina zostaje wezwana przez nauczycielkę i dyrektora szkoły na rozmowę. Zobaczyła zeszyt córki. Okazało się, że dziecko od tygodnia nie robi notatek z zajęć lekcyjnych, a także przez dłuższy czas do nikogo się nie odzywa. Matka jest bardzo zdziwiona i początkowo nie daje wiary tym informacjom; twierdzi, że Antje odzywa się do niej, gdy jest w domu. Takie zachowanie jest typowe dla dzieci z mutyzmem wybiórczym, który w tym określonym przypadku dotyczy nie tylko miejsca, ale i osób. Antje milczy w szkole, nie odzywa się do koleżanek, kolegów czy nauczycieli także poza murami szkoły. U podłoża zaburzeń mutystycznych leży lęk, który w swej istocie nie posiada żadnej konkretnej przyczyny, nie da się nad nim zapanować bez pomocy doświadczonego terapeuty. Nie wie o tym mama dziewczynki, która dotąd nie słyszała o mutyzmie, nie potrafi więc zrozumieć sytuacji córki i zareagować. Z tego też powodu tak trudno uwierzyć jej w to, co mówią nauczyciele:

Czy pani wie, że Antje już od tygodnia nie otworzyła ust? Pani córka nie mówi!
Katharina spojrzała na niego, jak na przybysza z Marsa. Ten obrzydliwy, gruby Marsjanin usiłował wzbudzić w niej wyrzuty sumienia.
– Jak to nie mówi? Chciał pan powiedzieć, że jest bardziej milcząca?
– Ona nie mówi, pani Kremer, ani słowa. [...]
– Naprawdę pani tego nie zauważyła?
Katharina wzruszyła ramionami.
– W domu mówi. Naturalnie, że mówi. Co niby miałam zauważyć? (HHa, 8).

Kiedy dziewczynka wróciła ze szkoły do domu, rozhisteryzowana Katherina zaczyna nią szarpać. Antje nagle upada, uderzając głową o szafkę i tracąc przytomność. Jej matka, jakby na to nie zważając, krzyczy coraz głośniejsze:

Wybiegła na klatkę schodową wrzeszcząc na całe gardło. Dookoła otwierały się drzwi, przez które wylegali sąsiedzi. Minawszy rozhisteryzowaną kobietę, wtargnęli do mieszkania i znaleźli Antje. Leżała na podłodze nie dając znaku życia, jak manekin (HHa, 9).

Antje trafia do szpitala. Szybko okazuje się, że dziecko ma zaburzenia nerwicowe. Lekarze nie wiedzą jednak, co jest ich przyczyną. Rozpatrywane są pewne możliwości: być może to strach, szok lub poczucie

winy wobec ukochanej mamy. W szpitalu Katherina dostaje zalecenie, by znacznie więcej czasu poświęcać córce i zapewnić jej więcej spokoju, którego dziewczynka potrzebuje. Matka nie jest zadowolona, ponieważ jako modelka otrzymała możliwość realizacji lukratywnego kontraktu w Nowym Yorku, który opiewa na rok. Kariera pochłania ją bez reszty. Nie chce z niej rezygnować i postanawia zostawić chorą córkę u swojego ojca w Ochtersum w Nowej Fryzji. Gdy zostawiła córkę, ich historie toczą się odmiennymi torami. Coś je jednak łączy – obie zmagają się z własnymi lękami:

I nagle wezbrała w niej [Antje] ogromna wściekłość. Jak wielki, gąbczasty grzyb zaczęła narastać w jej brzuchu, coraz bardziej i bardziej, potem podeszła do gardła, dotarła do języka, a ponieważ ten drgał bezradnie, Antje zdołała wydać z siebie jedynie niesłyszalny jęk. Zalała ją powódź słów, a obrazy zaczęły tańczyć jej przed oczyma i drwiąco ścisnąć za szyję, tak że z trudem chwytiała powietrze (HHa, 22).

Dziewczynka milczy nie dlatego, że nie potrafi mówić – przecież doskonale zna język, potrafi czytać i pisać, ma fotograficzną pamięć, jest inteligentna. Nie mówi, ponieważ jej odruchami rządzi lęk. Młody psycholog, do którego trafia dziecko, prawidłowo odczytuje zachowania Antje, mówiąc:

Lęk odebrał Antje głos. Skąd się wziął i czego dotyczy, tego oczywiście nie wiem. Jak już powiedziałem, nie wykluczam, że ma to związek z jej fotograficzną pamięcią (HHa, 141).

Specjalista, szukając przyczyn lęku, proponuje dziewczynce terapię logopedyczną, która działa na podstawie następującego schematu:

1. Wdech i głośny długi wydech.
2. Dmuchanie na lekkie pileczki oraz zapalki.
3. Wymawianie głoski „f” na długim wydechu.
4. Wymawianie głoski „s” na długim wydechu.
5. Wymawianie głoski „m” na długim wydechu.
6. Mocne wymawianie głosek „f-s-m”.
7. Mruczenie (przedłużona wymowa głoski „m”) z powolnym natężaniem głosu.
8. Gulgotanie.
9. Naśladowanie odgłosów zwierząt, np. warczenie, beczenie, rżenie.
10. Krzyczenie, wołanie, piszczanie.
11. Tworzenie słów.
12. Budowa zdań.

– Antje musi wykonać te ćwiczenia – wyjaśnił. – I ważne, żeby po każdym prawidłowo wykonanym zadaniu otrzymała nagrodę (HHa, 142).

Niema Antje powoli odnajduje w mało atrakcyjnym na pozór miejscu jak Ochtersum spokój, miłość dziadka, przyjaźń, a także najważniejsze – możliwość komunikowania się za pomocą mowy. Duża w tym zasługa kochającego, pełnego wyrozumiałości i cierpliwości dziadka, oraz jego przyjaciółki Eriki, która nie indaguje, nie wymusza komunikacji, rozumie Antje bez słów. Tak jak rozumie rośliny, którymi się opiekuje, z którymi monologuje, a wzorce tej cierplivej „rozmowy” przekazuje dziecku. Pomocni są także specjaliści, psycholog i logopeda, pod których regularną opieką dziewczynka pozostaje. Duża w tym ponadto zasługa szkolnych przyjaciół. Antje niejako „odzyskała” głos w trakcie wyprawy do lasu. Kiedy jej ulubiony kolega Menno zaczyna tonąć na bagnach, przerażona Antje zaczyna krzyczeć co siłą, wzywając pomoc:

– Nie! – zawołała. – Nie, Menno!

Ale było już za późno. Wszedł na podmokły teren i zapadł się do kolan. Zaczął wymachiwać rękami. Upadł.

Antje przelknęła głośno ślinę.

– Nie ruszaj się – wyszeptwała. – Nie ruszaj. . .

– Menno. . . wyjąkała bezdźwięcznym, cienkim głosem. – Menno w bagnie, szybko!! (HHa, 209–210).

Szok bywa przyczyną mutyzmu, ale bywa i tak, że może być powodem jego ustąpienia. W tym wypadku milczenie pod wpływem przeżytego stresu ustąpiło miejsca potrzebie wołania o ratunek. W wielu przypadkach konieczność wezwania pomocy stawia osobę z mutyzmem w sytuacji bez wyjścia – musi użyć głosu. A pierwszy krzyk czy pierwszy wydany głośno dźwięk otwierają drzwi do kolejnych artykulacji. Na marginesie można wspomnieć, że schemat ten ma silnie umocowanie zarówno w literaturze naukowej, w której potwierdzono podobne przypadki, jak i w beletrystyce. Podobny schemat narracyjny zastosowała chociażby pisarka Gudenkauf Heather w swej powieści *Ciężar milczenia*, opublikowanej w 2010 roku.

Wracając do historii Antje, interesujące dla czytelnika są też losy jej matki, która porzuciła swe dziecko. Katherina, robiąc „wielką karierę” w USA, wpada jednocześnie we wszelkie pułapki tzw. show-biznesu.

Coraz częściej zażywa narkotyki i pije alkohol, usiłując w ten sposób radzić sobie z napadami smutku. W powieści autorka dość brutalnie opisuje styl życia matki Antje, ukazując w najdrobniejszych szczegółach nawet jej kontakty seksualne z przypadkowymi partnerami. Są to związki przelotne, pozbawione uczuć, podporządkowane jedynie jednemu celowi. Dla Katheriny kariera jest ważna do tego stopnia, że gotowa jest sprzedać samą siebie. Nie opuszcza jej jednak lęk:

Próbowała uniknąć tego, co nieuniknione. Każdą zmarszczkę na twarzy traktowała jak katastrofę, głodowała, żeby zachować figurę osiemnastolatki. A modelki były coraz młodsze. Uszminekowane dzieci decydowały o obliczu mody dla dwóch pokoleń. Miała wrażenie, że bomba zegarowa znowu zaczęła głośnie tykać! Prawa natury są nieublagane, nikt nie zmieni biegu życia. Nie za pomocą dożywotniej głodówki, codziennego treningu i liftingów.

Kobieta zdobywa się na odrobinę refleksji na temat sytuacji, w której się znalazła:

Zegar tyka. I nie można go zatrzymać. [...] Dokąd zaprowadziły mnie ambicja, moje wysiłki i strategia nadziei? (HHa, 131).

W pewnej sytuacji doszło w niej do przełomu; zaczyna mieć świadomość, że pęd ku karierze nie rozwiązuje żadnych jej problemów:

Katherina poczuła strach, gorący i ściskający za gardło. Nie mogła oddychać. Przeczucie mówiło jej, że zmieniła rzeczywistość na iluzję. Udręczona zamknęła powieki (HHa, 131).

Tymczasem jej córka, mała Antje, otoczona troskliwą miłością, wyrozumiałością, a przede wszystkim nieograniczoną uważnością, odzyskuje możliwość słownego porozumiewania się, wiarę w ludzi. Finalnie odzyskuje też matkę, która po przykrych doświadczeniach dostrzega, że sława, bogactwo nie są najważniejszymi w życiu wartościami.

Literackie ujęcie zachowań dziecka dotkniętego mutyzmem spotykamy także w innych powieściach, np. w książce Casey Watson pt. *Dziewczynka, która przestała mówić*, opublikowanej w 2018 roku¹⁰. Historia

10 C. Watson, *Dziewczynka, która przestała mówić*, przeł. A. Kowalska, Warszawa 2018. Skrót: CW, numer strony.

w niej przedstawiona jest właściwie prawdziwa, co zbliża ją do literatury faktu. Casey Watson jest pisarką, która jednocześnie pracuje w szkole publicznej, prowadzi ponadto dom zastępczy dla dzieci z największymi problemami psychologicznymi i wychowawczymi. Ratuje dzieci, z którymi nikt dotychczas nie umiał sobie poradzić, ponieważ pochodzą one z tzw. rodzin patologicznych. Casey zajmuje się Gavinem, Henrym, Benem, Molly oraz Shoną. Dzieci nie radzą sobie w szkole, a w domu jest niewiele lepiej. Trudno nawiązywać im relacje z innymi, nie potrafią przystosować się szkolnych zasad, mają problemy z nauką. Autorka tak charakteryzuje Henry'ego:

Henry – [...] stanowił największe wyzwanie. Miał trzynaście lat i groziło mu usunięcie ze szkoły z powodu trudnego i gwałtownego charakteru. Niemal wszyscy nauczyciele wyrzucali go ze swoich lekcji, a przyjsię do mojej „Jednostki” [...] miało być ostatnią próbą wyprostowania go na tyle, żeby mógł pozostać w normalnej szkole (CW, 16).

W dalszej części tekstu opowiada też o innych dzieciach:

Gavin, jedenastolatek [...] miał ADHD; przyjmował ritalin i został do mnie wysłany na dwumiesięczny okres „wyciszenia”, który miał pozytywnie wpłynąć na jego zachowanie oraz koncentrację. Trzeci, Ben, nowy nie tylko w szkole, ale i w tej okolicy. Został usunięty ze swojej podstawówki przed końcem ostatniej klasy i od sześciu miesięcy nie chodził do szkoły. Ben mieszkał z tatą – mama umarła krótko po jego urodzeniu – i z miliona powodów był zawsze wściewy. Moje zadanie w przypadku Bena polegało na tym, żeby mu pomóc doraźnie, zanim uda się wypracować jakiś sposób na ukojenie jego skolatananej duszy.

Ben nie był jedynym dzieckiem, które kogoś straciło. Również Shona – uroczą dwunastolatka – straciła oboje rodziców. Zostawiwszy Shonę, swoje jedyne dziecko, z wujkiem, cicią i kuzynami, wybrali się na krótki drugi miesiąc miodowy i zginęli w wypadku samochodowym, kiedy wracali z lotniska (CW, 15–16).

Molly, o której brak informacji w powyższym fragmencie narracji, jest zaś dziewczynką mającą duże trudności w nauce. Casey, dzięki cierpliwości i umiejętności nawiązania relacji z każdym powierzonym jej dzieckiem, powoli, krok po kroku uczy swoich podopiecznych rozwiązywania problemów i konfliktów, z którymi stykają się na co dzień. Każdego traktuje indywidualnie i z miłością. Szybko zyskuje zaufanie i sympatię swoich podopiecznych. Z czasem w jej grupie pojawia się Imogena, nowa uczennica przeniesiona z innej szkoły:

Mamy nową dziewczynkę, trzynastolatkę. Ma na imię Imogena. Jest nowa i w szkole i w tej okolicy, i wygląda na to, że może potrzebować pani pomocy. Przyjdzie w ciągu najbliższej godziny; myślę, że przyprowadzą ją dziadkowie. [...]

– Wie pan coś więcej?

– Niewiele – odparł Donald [dyrektor szkoły – przyp. A.S.]. – Szczerze mówiąc, to zupełnie nowa sprawa.

– W porządku – powiedziała. – Przypuszczam, że wkrótce i tak wszystkiego się dowiemy, prawda? W takim razie przyjdę do pańskiego biura, kiedy się pojawią, dobrze? Będziemy mogli razem usiąść i porozmawiać.

– Ach – zasępił się Donald. – Akurat z nią nie będziemy mogli porozmawiać. I właśnie to jest powód, dla którego musi trafić do pani „Jednostki”.

– Obawiam się, że nie rozumiem – uśmiechnęłam się niepewnie. – Co jej jest? Zdziczała? Donald pokręcił głową.

– To dość dziwne – powiedział. – Prawdę mówiąc, pierwszy raz zetknąłem się z czymś takim.

– To znaczy?

– To znaczy, że ona nie mówi.

– Jak to, w ogóle nie mówi? – spytałam zdezorientowana. – Jest niepełnosprawna?

– Wydaje się, że nie. Po prostu nie mówi w pewnych sytuacjach. To się chyba nazywa mutyzm wybiórczy. Tyle że w tej chwili najwyraźniej nie jest wybiórczy. Podobno nie odezwała się od kilku tygodni. Ani słowem (CW, 18).

Z opisu dokonanego przez autorkę wynika, że Imogena cierpi na mutyzm całkowity, polegający na tym, że dziecko nie odzywa się do nikogo i w żadnej sytuacji. Milczeniu towarzyszy także niechęć do nawiązywania kontaktu wzrokowego, twarz pozbawiona jest mimiki (amimia), pojawia się stupor. To bardzo ciężka postać zaburzenia, będąca na ogół skutkiem poważnego urazu psychicznego. W znanych nam klasyfikacjach właściwie nie jest wzmiankowana ze względu na niską częstotliwość występowania.

Trzynastoletnia Imogena milczała w każdym otoczeniu i w odniesieniu do wszystkich osób – zarówno domowników, jak i spotykanych w szkole dzieci i nauczycieli. Niekiedy chłopcy z klasy jej dokuczali, w nikim nie miała oparcia i zrozumienia, żyła w nieustannym napięciu. Takie okoliczności to czynnik wzmacniający w mutyzmie. Jest on jednym z trzech istotnych czynników wymienianych w przypadku tego zaburzenia, dwa pozostałe to czynniki predysponujące i wywołujące. Wśród czynników predysponujących wymienia się m.in. dziedziczną skłonność do mutyzmu czy nadmiernej nieśmiałości, osobowość wysoce wrażliwą. Czynniki wyzwalające to najczęściej nowe sytuacje społeczne, silne przeżycia, lęki separacyjne. W przypadku tych, które wyzwalają lęk skutkujący

milczeniem, bardzo trudno o trafną diagnozę; osoba popadająca w mutyzm często nie uzmysławia sobie choroby, a jej otoczenie nie postrzega owego milczenia jako coś zagrażającego zdrowiu. Lekarz stawia diagnozę, że dziewczynka nie mówi, bo „podjęła” taką decyzję, choć nie ma nawet świadomości jej podjęcia:

Doktor mówi, [...] że ona po prostu postanowiła nie mówić. Chociaż, na miłość boską, nie mamy pojęcia dlaczego (CW, 30).

Warto zadać sobie pytanie, dlaczego osoba dotknięta mutyzmem nie ma świadomości przyczyny swoich dolegliwości. Bywa, że w sytuacji zagrożenia mózg reaguje z poziomu najstarszej struktury, czyli „mózgu gadziego”¹¹, współcześnie nazywanego pniem mózgu, odpowiedzialnego za przetrwanie. Kora nowa (płaty czołowe, neocortex), która odpowiada za umiejętność logicznego myślenia, nie działa wtedy prawidłowo albo nie funkcjonuje wcale. W sytuacji wyzwalającej lęk skupiamy się tylko na przetrwaniu, nie szukamy logicznych rozwiązań, nie docierają do mózgu żadne racjonalizacje. Z tego też powodu osoby cierpiące na mutyzm nie mają świadomości rozmiaru zagrożenia, nie ulegają prośbom, groźbom, nie reagują na logiczne i racjonalne argumenty w sprawie ich sytuacji. Stąd częste posądzanie tych osób o niepełnosprawność intelektualną, na co znajdujemy przykłady w utworze Watson, kiedy trudne dzieci, którymi się opiekuje, oceniają pochopnie i obrażają nową koleżankę:

– To jakaś debilka, proszę pani? – zapytał Gavin.

– Co stało się z jej głosem? Czy ktoś jej poderzwał gardło, proszę pani? – dopytywał się Henry.

– A więc jest małym dzieckiem. Albo jest głupia – dodał Henry (CW, 25, 37).

Podobne myślenie o dzieciach z mutyzmem występuje także u nauczycieli, którzy traktują je często jak upośledzone, a w radykalnych przypadkach niekiedy jako złośliwe i niegrzeczne. Trzeba jednak pamiętać, że milczenie nie jest oznaką braku wiedzy czy umiejętności, nie jest też wyrazem braku woli. W mutyzmie nie ma bowiem „postanowienia”; milczenie to rodzaj dramatycznej walki o przetrwanie, która jest mimowolna. Życie osoby dotkniętej mutyzmem bywa ciężkie z powodu tych wszystkich nieporozumień:

11 *Jak działa mózg wg koncepcji MacLeana?*, Justin Brain, 12 stycznia 2021 [dostęp 2022-11-03]

– Zabraliśmy ją z poprzedniej szkoły przed końcem letniego semestru. Nie mieliśmy innego wyjścia. Wszystko było w porządku, zanim to się zaczęło; wie pani, przeprowadzka do nas i cała reszta. Ale kiedy się zaczęło, nie było ze szkoły żadnego pożytku. Wszystkie dzieciaki zaczęły jej dokuczać, a nauczyciele w ogóle nie reagowali. Po prostu uznali, że sprawa kłopoty. To niesprawiedliwe... (CW, 30).

Casey bardzo chciała pomóc Imogenie, próbowała zyskać jej zaufanie i zależało jej, aby czuła się ona dobrze w nowej klasie. Starła się na bieżąco rozwiązywać wszelkie sytuacje, do jakich dochodziło między uczniami. Intuicyjnie usuwała czynnik podtrzymujący mutyzm, nie wywierając na dziewczynkę żadnej presji. Casey zwraca uwagę na zastanawiające szczegóły, np. nieruchomą, zawsze poważną twarz dziewczynki i niespodziewane, gwałtowne reakcje:

Wydawała się unikać kontaktu wzrokowego, ale ruszyła za mną ze spuszczoną głową. Zdążyłam zauważyć dziwnie obojętny wyraz, jaki malował się na jej twarzy. Wyglądała niemal jak maska; jakby po odejściu babci zamknęły się jakieś drzwiczki. Przez to nasze milczenie wydawało się jeszcze bardziej dziwne. [...] Mówiąc, co chwilę zerkalam na Imogenę, ale nie byłam pewna, czy w ogóle mnie słucha, ponieważ nie widziałam z jej strony żadnej reakcji (CW, 47).

Nauczycielka zaczyna szukać przyczyny tak głębokiego mutyzmu. Droga życiowa, przez którą przeszła jako małe dziecko, roi się od nieszczęść: rodzice Imogeny się rozeszli, matka zniknęła, a ojciec ponownie się ożenił. Opiekę nad dzieckiem przejęli dziadkowie.

Casey nie dawało spokoju to, że Imogena nie mieszka z ojcem i jego nową żoną, lecz z dziadkami. Obserwując dziewczynkę przeczuwała, że kryje się za tym coś więcej i czegoś w tej sprawie jeszcze nie wie. Pewnego dnia postanowiła odwiedzić opiekujących się dziewczynką dziadków. Kiedy tam weszła, ku jej zdziwieniu usłyszała jakieś krzyki, okazało się, że to był głos Imogeny, która krzyczała do dziadka. To był pierwszy raz, kiedy słyszała jej głos. Z relacji dziadków wynikało, że Imogena mieszka z nimi, ponieważ nie może dogadać się z nową żoną taty – Gerri. Nie akceptuje jej i jest dla niej nieznośna, dlatego Gerri nie dawała sobie z nią rady:

– Pewnie uważa pani [mówi babcia – przyp. A.S.], że to bardzo spokojna dziewczynka. Pani Hanchcliffe miała rację. Właśnie tak uważałam.

– Ale widzi pani, ona wcale taka nie jest. Krzyczy na nas i wrzeszczy, najczęściej bez żadnej wyraźnej przyczyny. I obraża się. Jeśli coś nie idzie po jej myśli, natychmiast o tym wiemy! Nic dziwnego, że jej tata i macocha potrzebowali chwili odpoczynku (CW, 62).

Casey wiedziała, że dzieci się buntują, ponieważ cierpią, a bardzo często dlatego, że opiekujący się nimi dorośli albo nie wsluchują się w potrzeby dziecka, albo stawiają swoje własne potrzeby na pierwszym miejscu. W przypadku dzieci z mutyzmem często mówi się o „dwóch osobach w jednym ciele” (jak doktor Jekyll i Mr Hyde). Wytłumaczeniem diametralnie różnych zachowań w domu i w placówce jest konieczność odreagowania napięć na gruncie bezpiecznym, czyli właśnie najczęściej w domu. W miejscu publicznym dziecko chce być transparentne. Dziewczynka wyjawia to Casey:

– Wcale nie chcę, żeby ktoś na mnie zwracał uwagę! Chcę, żeby wszyscy zostawili mnie w spokoju! – powiedziała, wzdychając ciężko. – Oni nie wiedzą. . . Oni po prostu nie wiedzą, proszę pani. Skąd mają wiedzieć? – spojrzała na mnie. – Czasami to jest tak, jak . . . jak wtedy, kiedy nie można czegoś przelknąć. Ja sama nie mogę zrozumieć, jak to działa (CW, 167).

Casey i Garry (jej pomocnik) stwierdzili, że mutyzm wybiórczy w wypadku Imogeny to najprawdopodobniej posttraumatyczny mechanizm obronny. Jak dedukuje Casey, dynamika rodziny Imogeny jest bardzo złożona, ale owiana tajemnicą. Wobec tego kluczowe znaczenie ma zidentyfikowanie przyczyny, która wywołała taką reakcję. Na początku Casey postanowiła przez kilka dni obserwować różne reakcje dziewczynki na próby rozmowy, podejmowane przez samą Casey i przez pozostałe osoby z grupy. Inni uczniowie ją po prostu ignorowali, co było formą izolacji lub odreagowania, pozwalali bowiem odejść Imogenie bez słowa. W przypadku Casey najczęściej była to improwizacja. Jeśli w klasie nauczycielka kierowała uwagę pozostałych na Imogenę, ta zazwyczaj spuszczała głowę, patrzyła w dół i intensywnie się czerwieniła. Po jakimś czasie Casey stwierdziła, że obierze inną taktykę – za każdym razem będzie czekała na odpowiedź Imogeny. Robiła to bardzo sprytnie, tak aby Imogena nie czuła się zawstydzona, a jej wypowiedź pojawiła się w sposób naturalny. Aby nie budować niepotrzebnego napięcia w trakcie oczekiwań na odpowiedź Imogeny, Casey odwracała uwagę pozostałych osób, aby dziewczynka miała więcej swobody i więcej odwagi do wypowiedzenia się. I z czasem

udało się. Imogena, choć na początku zaczerwieniona i bardzo nieśmiała, odpowiadała na pytania i udzielała się na zajęciach.

W terapii *sliding-in*, stosowanej w leczeniu mutyzmu, istnieje tzw. zasada 5 sekund. Po zadaniu pytania terapeuta czeka na odpowiedź jedynie te kilka sekund. Jeśli dziecku uda się w tym czasie wydobyć głos, nawet bardzo cichy, oraz udzielić choćby zdawkowej odpowiedzi, zostaje osiągnięty sukces. Dziecko wie, że może mówić; powoli się odblokowuje.

Po tym pierwszym sukcesie Casey wiedziała, że może zrobić kolejny krok i pójść za ciosem. Chciała usłyszeć od Imogeny, dlaczego ta milczy i co się takiego w jej życiu wydarzyło. Zachęcała dziewczynkę: „Kochanie, jeśli chcesz, abym ci pomogła, musisz mi powiedzieć, co się stało”. W międzyczasie postanowiła odwiedzić macochę Imogeny, Gerri, i zapytać ją, dlaczego dziewczynka z nimi nie mieszka. Niewiele na tej wizycie zyskała. Zastała bowiem dom bez taty Imogeny, w domu była tylko Gerri i to bardzo zaabsorbowana swoimi kotami, których zdjęcia i trofea z różnych konkursów były porozstawiane niemal wszędzie. Gerri zdobyła się na krótkie wyjaśnienia, twierdząc, że nie mogła sobie dać rady ze złością Imogeny i że nie potrafiła się z nią porozumieć. Podejrzenia i zdziwienie Casey budziło jednak to, że na zdjęciach w salonie nie ma nigdzie Imogeny.

Terapeutka Imogeny doskonale wiedziała, że nie może zaniechać poszukiwań przyczyny – nie mogła pozostawić dziecka bez pomocy:

To jedno z tych zaburzeń psychicznych, które same się napędzają, więc ostatnia rzecz, jaką powinno się robić, to czekać, aż problem sam się rozwiąże. Nie można liczyć na to, że z czasem będzie lepiej, bo najpewniej nie będzie. Ale jest też inny rodzaj mutyzmu wybiórczego, wywołany przez konkretne stresujące wydarzenie lub nagłą traumę. Ten rodzaj jest o tyle inny, że zazwyczaj następuje bardziej świadome zaniechanie mówienia. Dzieci postanawiają przestać mówić, starając się w ten sposób wycofać z sytuacji, której nie potrafią znieść. Również w tym przypadku, jeśli pozostawi się dziecko samemu sobie, rokowania są złe i zaburzenie to może się przerodzić w poprzedni rodzaj, ze wszystkimi negatywnymi konsekwencjami (CW, 112).

Na zajęciach Casey chwaliła Imogenę za każde wypowiedziane słowo. Dziewczynka stopniowo otwierała się przed nauczycielką. Na początku wymawiała jedynie krótkie zdania, choć pełne bólu i żalu: „Nikt nigdy mnie nie słuchał!”, „Po co mam do kogokolwiek mówić, jeśli i tak nikt mnie nie słucha”, „Nie może mi pani pomóc! Nikt nie może mi pomóc!”, „To ona! Gerri! Nienawidzi mnie!”. Mimo iż były lapidarne i mało treściwe, były kluczem do zrozumienia dziewczynki.

Któregoś dnia Casey wpadła na świetny pomysł. Wymyśliła zabawę „tajne wiadomości”. Znalazła stare czerwone pudełko, do którego wszyscy uczniowie mogli wrzucać swoje tajne wiadomości, do których poza Casey nikt nie miał mieć dostępu. Dzieci mogły się nie podpisywać na swoich zapiskach, jeśli nie chciały. Mówiła dzieciom, że wprawdzie nie jest ładnie wyjawiać sekrety, ale czasami nie mamy wyboru. Tłumaczyła dzieciom, że bywają w życiu takie sytuacje, iż wyjawienie tajemnicy przynosi ulgę, warto więc podzielić się taką zakazaną wiedzą, nawet jeśli jest to coś naprawdę strasznego. Miała nadzieję, że dzięki temu prostemu zabiegowi dociecze źródła cierpienia Imogeny. Nie pomyliła się. Imogena chętnie skorzystała z propozycji i napisała na kartce, co przeżyła. Okazało się, że nowa żona ojca zamykała ją w pokoju, kiedy sama jeździła na wystawy kotów. Upokarzała ją przed tatą. Powiedziała jej, że mama ich zostawiła, bo jest brzydka jak jej tata i ma rude włosy. Nie dawała jej nic do jedzenia, kiedy tata był w pracy; groziła jej, mówiąc, że ją zabije, jeśli mu o tym powie. Ciągnęła małą za włosy i krzyczała, że je obetnie. Symulowała płacz przed babcią Imogeny, twierdząc, że pasierbica chciała ją zepchnąć ze schodów, że kradła pieniądze. Wymyślała wiele innych kłamstw, które upokarzały Imogenę i powodowały, że rodzina zaczęła traktować dziewczynkę z rezerwą, a nawet z agresją. A co najgorsze, Gerri udawała, że chce podpalić Imogenę, oblewając ją ciepłą wodą, kiedy mała spała. Bawiła się też przy niej zapalniczką, strasząc, że ją podpali; zmoczyła nawet chusteczkę benzyną, by mała myślała, że mówi prawdę. Imogena w końcu wyjawiała to wszystko Casey:

– Tak, to Gerri – potwierdziła.

– Skrzywdziła Cię? Oparzyła? Co się stało? Możesz mi opowiedzieć?

Pokręciła głową.

– Nie, proszę pani – powiedziała. – Tak naprawdę mnie nie podpaliła, ale powiedziała, że to zrobi... Wzdrygnęła się i znowu łzy popłynęły po jej policzkach. Przytuliłam ją mocniej i próbowałam pocieszyć, gładząc po głowie (CW, 166).

Psychiczny ciężar, udręczenie i trauma, niezrozumienie ze strony bliższych spowodowały, że dziewczynka popadła w mutyzm. Stymulował i napędzał go strach przed śmiercią, a także przed podpaleniem.

Casey od razu powzięła konkretne działanie w tej sprawie. Poinformowała dziadków. A Gerri i tatę zabrała policja. Tatę wypuścili na drugi dzień, ponieważ okazało się, że o niczym nie wiedział, gdyż często bywał

w delegacji. Od razu kazał się wyprowadzić Gerri. Imogena i jej rodzina, dziadkowie wraz z ojcem, zaczęli życie od nowa.

Przypadki zaburzeń mutystycznych nie zawsze mają tak szczęśliwe zakończenie. Dzieci dotknięte tym zaburzeniem, a zwłaszcza te, którym nie udziela się fachowej pomocy psychiatry, psychologa czy logopedy, zazwyczaj nie „wyrastają” z mutyzmu. Jeżeli nawet z czasem zaczną wydobywać z siebie słowa, będą reprezentowały osobowość postmutystyczną, tzn. przepełnioną lękami, obawami oraz niechęcią do przebywania i komunikowania się z ludźmi. W tabeli 15 zostały zebrane i podsumowane wszystkie objawy, które wystąpiły u dzieci z wyżej omówionych książek.

Tabela 15. Zaburzenia inne u dzieci z mutyzmem z książek: H. Hassenmüller, *Niemy śmiech* oraz C. Watson, *Dziewczynka, która przestała mówić*

Objawy z DSM-IV	Opis
1. Stały brak mówienia w określonych sytuacjach społecznych, w których mówienie jest oczekiwane (np. w szkole), pomimo mówienia w innych sytuacjach.	Brak mowy w szkole przy jednoczesnej komunikacji w domu z najbliższymi domownikami (dotyczy to zarówno Antje, jak i Casey).
2. Zaburzenie negatywnie wpływa na osiągnięcia edukacyjne lub zawodowe oraz komunikację społeczną.	Antje przestaje się starać w szkole, nie prowadzi notatek, nie odrabia zadań. Casey zmienia szkołę, trafia do oddziału specjalnego.
3. Czas trwania zaburzenia wynosi co najmniej 1 miesiąc (nie ogranicza się do pierwszego miesiąca w szkole).	Dziewczynki milczą długo, kilka miesięcy.
4. Brak mówienia nie wynika z braku wiedzy, nieznaności języka lub dyskomfortu z związanego z posługiwaniem się danym językiem.	Antje i Casey znają język, w którym porozumiewa się otoczenie, są zdolne, nie posiadają deficytów intelektualnych, a przed epizodem mutyzmu uczyły się bardzo dobrze.
5. Zaburzenia nie można wyjaśnić poprzez zaburzenia komunikacji (np. dziecięcą nie płynność mowy), zaburzenia ze spektrum autyzmu, schizofrenię czy inne zaburzenia psychotyczne ¹² .	U żadnej dziewczynki nie stwierdzono zaburzeń całościowych, nie jękały się i nigdy nie stwierdzono u nich żadnych zaburzeń komunikacji werbalnej.

Źródło: Badania własne.

12 Informacje pochodzące ze strony Selective Mutism Foundation, <http://www.selectivemutism-foundation.org/info-on-selective-mutism/view-sm-in-the-dsm> [dostęp: 07.06.2015 r.].

Zaburzenia płynności mowy (jąkanie) – książka: Zofia Chądryńska, *Wstęga pawilonu* (2000)

Kolejnym przykładem zaburzeń, które zostaną omówione na tle przypadków literackich, będą problemy z prawidłowym rytmem wypowiedzi. Książką, na której bazować będzie nasza analiza, jest *Wstęga pawilonu* autorstwa Zofii Chądryńskiej¹³, opublikowana w 2000 roku i opowiadająca historię nastolatki o imieniu Anna.

Czy Balladyna może się jąkać? Historia bohaterki powieści zaczyna się właśnie w chwili postawienia tego pytania przez kolegę z klasy. Anna to wyróżniająca się licealistka, która została wskazana przez nauczyciela języka polskiego do tej właśnie roli. Jako iż nie mówi płynnie, obsadzenie jej w głównej roli w przedstawieniu wzbudziło wątpliwości u kolegów z klasy. Bohaterka przeżywa to do tego stopnia, że przestaje przychodzić do szkoły, nawet jeśli ceną może być powtarzanie roku. Jest wrażliwa i zamknięta w sobie, reprezentuje typ introwertyczki, o czym mówi narratorka: „Anna rzeczywiście była samotna, nie umiała nawiązywać kontaktów z ludźmi, choć nieraz, skrycie, bardzo tego pragnęła” (ZC, 31).

Jest podobna do ojca, który wykonuje zawód konserwatora obrazów. Anna lubi swojego tatę, wypowiada się o nim ciepło:

Tata jest fajny. Mało gada, ale się rozumiemy, przynajmniej ja tak myślę, że na tyle, na ile można żądać od ojca, to się rozumiemy. Nie dowiem się tego nigdy, bo mówi bardzo mało, a już o „takich” rzeczach to za nic w świecie (ZC, 30).

O jakich „rzeczach” rozmowa przychodzi ojcu z trudem? Chodzi w tym wypadku o brak płynności w mowie córki, która jest skutkiem korygowanej leworęczności. Swego bowiem czasu matka Anny postanowiła „wyleczyć” swe dziecko bez diagnozy i wskazań specjalistów. Kłopoty Anny zaczęły się dość szybko, kiedy chodziła jeszcze do przedszkola:

Andrzejek ogłosił w przedszkolu: „Pysła do nas jąkała”. I wszystkie dzieci wybuchnęły przedrzeźniającym śmiechem. „Jąkałała...”. „Z tobą jest taka pysna zabawa” – zakłudował Andrzejek. Wtedy się rozplakała (ZC, 37).

13 Z. Chądryńska, *Wstęga pawilonu*, Wrocław 2000.

Matce Anny nie dało to do zrozumienia, że nie postępuje właściwie. Była przekonana, że w istocie to pisanie lewą ręką uczyni z dziewczynki pośmiewisko:

Od tej pory jąkanie stało się jej przekleństwem, stało się tabu, rzutującym na jej życie. Mama od samego początku twardo obstawała przy swoim, przy przesądach i zasłyszanych potocznych opiniach. „Nie będzie mańkutom. Cały świat pisze prawą ręką, to i ona niech się uczy prawą. Nie życzę sobie, żeby stała się pośmiewiskiem”. Tak długo oduczała Annę od posługiwania się lewą ręką, aż ją rzeczywiście oduczyła. Tylko w zamian za to Anna zaczęła się jąkać (ZC, 42).

W latach, w których powstawała powieść Chądyńskiej, a zatem pod koniec lat 90. XX wieku, nie dostrzegano jeszcze powszechnie związku pomiędzy korygowaniem leworęczności a niepełnością mowy, zaś leworęczność postrzegano jako coś „gorszego“, wstydliwego. Dzisiejsze doniesienia naukowe wskazują, że korygowanie lateralizacji to nie tylko osiągnięcie sprawności np. ręki na drodze żmudnych, powtarzanych wielokrotnie ćwiczeń. To ingerencja w pracę półkul mózgowych odpowiedzialnych za określone funkcje motoryczne ciała. Anna przyszła na świat z zaprogramowanym genotypem, czyli lepszą, wyższą sprawnością narządów parzystych po stronie lewej. Osiągnęła zaś fenotyp dla ręki prawej. Musiała za to jednak zapłacić ogromną cenę.

Obok ojca, wycofanego, podporządkowanego żonie, rzadko zabierającego oficjalnie głos w jakiegokolwiek sprawie, wsparciem dla Anny jest lekarka z przychodni. To ona jest powierniczką jej tajemnic i zwierzeń, to ona pomaga usprawiedliwiać nieobecności w szkole, to ona załatwia specjalistę psychologa, który pomaga Annie w pracy nad niepełnością. Pierwszy raz spotyka panią Elę właśnie na terapii jąkania:

– Na początek chcę ci powiedzieć parę słów o leczeniu twojego schorzenia – mówi mi pani Ela. – Najpierw będziemy trochę rozmawiały, potem poczytasz, założywszy na uszy słuchawki tego urządzenia. Nazywa się echokorektor i działa w ten sposób, że będziesz z minimalnym opóźnieniem słyszała w słuchawkach każde swoje słowo, każde swoje poknięcie. Kiedy usłyszysz je, sama beże mnie postarasz się je poprawić, skorygować (ZC, 98).

Terapia jąkania, polegająca na upłynnieniu mowy, uczeniu technik mowy bez zająknięcia, nie okazała się skuteczna. Dziś wiemy już, że nie można „wyleczyć“ z jąkania, dlatego też stosujemy metody i techniki modyfikacji niepełności mowy. Dla pacjentów z jąkaniami to dużo lepsza

metoda terapeutyczna, zwłaszcza z punktu widzenia ich psychiki i szacunku dla ich osobowości. Sednem działania tej metody jest nauczenie pacjenta otwartości w podejściu do własnej dolegliwości; chodzi o to, by pacjent potrafił swobodnie mówić o samym jąkananiu. Anna tego nie potrafiła, co okazało się najbardziej męczącym ją problemem:

– Wie pani, z tą psycholożką, to ja jedną rzecz zrozumiałam. Że u mnie najwięcej cierpi ambicja. Że to jest tak jakoś... no, że mnie nie tak przeszkadza to całe jąkanie, jak boję się mówienia o tym. Takie tabu. Żeby za nic o tym nie mówić. A ona furt o tym, dookoła Wojtek. A pani myśli, że teraz, z panią, mnie łatwo o tym mówić? Cała jestem mokra, a przecież ja wiem, jak pani jest życzliwa. Ale to siedzi u mnie tu – i wali się pięścią w żołądek (ZC, 128).

W takiej sytuacji konieczna okazała się terapia prowadzona przez psychologa. Dodatkowo Anna spędziła nieco czasu w szpitalu na oddziale dla osób z poważnymi uszkodzeniami narządu ruchu. Dziewczyna dostrzega, jakim szczęściem jest bycie zdrowym, a dzięki temu niezależnym od drugiego człowieka:

Dopiero jak trzeba o wszystko prosić, człowiek widzi, że składa się z samych potrzeb. Po-daj, daj, włóż, zdejmij, podrap, odstaw, można by tak cały dzień (ZC, 163).

Zmiana perspektywy i zrozumienie tej zależności wpływa też bezpośrednio na poprawienie się płynności mowy:

Nagle przypomina jej się wczorajsza scena, mama przeglądająca się w lustrze, ona z rurkami na talerzu, Sabina nad gazetą. Przypomina jej się własna przykrość i złość, w porównaniu do tego, co tu widzi, dziecinna, śmieszna i głupia. Przykrość? Z czego? Złość? O co? Że mama ma takie, a nie inne formy? W gruncie rzeczy, gdyby jej się coś stało, byłaby w rozpacz. Że ją złością mamy zagrania? Co to wszystko ma za znaczenie... (ZC, 160).

Zebrane wyżej informacje dotyczące zaburzeń płynności mowy zostały zestawione w tabeli 16.

Tabela 16. Zaburzenia płynności mowy (jąkanie) na podstawie książki *Wstęga pawilonu* Z. Chałczyńskiej

Objawy	Opis
<p>1. Zaburzenia normalnej płynności i prozodii mowy, charakteryzujące się co najmniej jednym z poniższych objawów:</p> <ul style="list-style-type: none"> Powtarzanie dźwięków i sylab; „Przedłużanie” dźwięków; Wtrącenia; Pauzy w środku słowa; Słyszalne lub ciche przerwy w wypowiedzeniach; Zastępowanie słów celem uniknięcia tych sprawiających problemy; Frazy z wyraźnym napięciem; Repetycje słów monosylabicznych. 	<p>Anna prezentuje niepłynną mowę w postaci jąkania. W jej wypowiedziach, zwłaszcza w sytuacjach interpersonalnych, na forum, pojawiają się wymienione oznaki jąkania z różnym nasileniem.</p>
<p>2. Zaburzenia mowy utrudniają komunikację szkolną, zawodową, środowiskową.</p>	<p>Anna z powodu jąkania nie lubi szkoły, boi się jej, mimo że należy do grona najlepszych uczennic. Ocena niepłynności w mowie, dokonana przez kolegów, doprowadza do tego, że bohaterka postanawia zawiesić naukę; nie uczęszcza do szkoły, wagaruje, ukrywając ten fakt przed rodzicami. Nie ma przyjaciółki, której mogłaby się zwierzyć. Wsparcie otrzymuje od „doktorzycy”, lekarki, która lubi Anię, wspiera ją i organizuje dla niej fachową terapię logopedyczną (foniatryczną).</p>
<p>3. Świadomość występowania zaburzenia, przewidywanie wystąpienia niepłynności i wiążące się z tym reakcje lękowe o charakterze patologicznym (logofobia).</p>	<p>U Anny występuje lęk przed mówieniem; ma świadomość własnej niepłynności mowy, towarzyszących jej objawów fizjologicznych (np. czerwienie się), wie, w których momentach występuje (odpowiedzi w szkole), dlatego stara się ich unikać.</p>
<p>4. Podniesione napięcie mięśniowe w obrębie narządów mowy (spastyczność).</p>	<p>Napięcie w obrębie aparatu artykulacyjnego towarzyszy jąkającej się Annie w czasie mówienia, co potęguje niepłynność i objawy somatyczne.</p>

Źródło: Badania własne.

Zaburzenia słuchu – książka: Fiona Bollag, *Wysłałam z krainy ciszy. Historia głuchoniemej dziewczyny, która odzyskała słuch* (2007)

„Istnieje mnóstwo cudów, na których opiera się nasze życie, a zwykle zdajemy sobie z nich sprawę dopiero, gdy ich zabraknie – lub też, kiedy się objawiają”¹⁴ – pisze Fiona Bollag w swojej autobiograficznej książce *Wysłałam z krainy ciszy. Historia głuchoniemej dziewczyny, która odzyskała słuch*, opublikowanej w 2007 roku. Jest to poruszająca historia opowiadająca o życiu pozbawionym możliwości doświadczania dźwięku, o życiu w krainie niechcianej ciszy, a także o próbach wkroczenia w świat słyszących, do którego autorka i jej alter ego powieściowe przez długi czas swojego życia nie miała dostępu. Bohaterka opowieści urodziła się bowiem zupełnie głucha. Fiona była trzecim wyczekiwanyim dzieckiem, miała starsze rodzeństwo, które rozwijało się prawidłowo. Niestety, już sam przebieg trzeciej ciąży był inny:

W piątym miesiącu ciąży wszystko się zmieniło. Mama nagle źle się poczuła. Wystąpiło napięcie brzucha, pojawiły się też skurcze. Zaniepokojona, umówiła się na wizytę u swojego ginekologa i pojechała do niego do gabinetu na Zurichberg.

– Bezwarunkowo zalecam leżenie, Pani Bollag! – ostrzegł ją lekarz po skończonym badaniu. – W przeciwnym razie może dojść do przedwczesnego porodu (FB, 28).

Fiona urodziła się przed czasem, mimo iż jej matka ściśle stosowała się do zaleceń lekarza. Była wcześniakiem ważącym 1300 g. Na całe szczęście była w stanie oddychać samodzielnie, co napawało lekarzy optymizmem:

Państwa córeczka ma, jak się wydaje, naturę wojownika – powiedział pediatra. – Proszę popatrzeć: oddycha samodzielnie. Jeśli nie będzie żadnych niespodzianek, przybędzie jej w ciągu dwóch miesięcy półtora kilo, a wtedy będzie można zabrać ją do domu (FB, 35).

Nikt w szpitalu nie zbadał słuchu dziecka. Rodzice zabierając Fionę do domu byli przekonani, że ich „księżniczka” jest zdrowa i rozwija się doskonale. Niepokoiło ich jednak zachowanie dziewczynki. Ojciec jako pierwszy zauważył niepokojące symptomy:

14 F. Bollag, *Wysłałam z krainy ciszy. Historia głuchoniemej dziewczyny, która odzyskała słuch*, przeł. M. Dutkiewicz, Warszawa, 2007, s. 15. Skrót: FB, numer strony.

– No więc... kiedy Fiona śpi, nie budzi się nawet, gdy rozmawiamy głośno ani na brzęk naczyń w kuchni... [...] – Fiona nie budzi się nawet, gdy tuż obok kołyski włączamy odkurzacz. To mi się nie podoba. Mam wrażenie, że Fiona ma problem ze słuchem (FB, 46).

Fiona była zupełnie głucha. Od chwili potwierdzenia diagnozy przez specjalistów zaczyna się wyłożona praca rodziców. Zarówno oni, jak i rodzeństwo, zatrudnieni specjaliści, robią wszystko, by Fiona nauczyła się reagować na dźwięki, by zaczęła zwracać uwagę na osobę mówiącą, by nauczyła się odczytywać mowę z ust, zaś sama by posługiwała się mową zwerbalizowaną, a nie migami. Fiona bowiem „odbierała prawidłowo takie bodźce, jak dotyk lub powiew powietrza i wszelkie wibracje” (FB, 48).

Na tych odczuciach można było budować komunikację. Lecząca dziewczynkę terapeutka mowy pocieszała rodziców, że sprawa nie jest tak beznadziejna:

U Fiony zachował się słuch szczątkowy. Nie wystarczy to do przyswojenia języka, ale jednak umożliwia percepcję niektórych dźwięków w zakresie niskich częstotliwości, a także rytmu mowy (FB, 83).

Żmudny proces terapii, realizowany przez wszystkich będących w otoczeniu dziewczynki, przynosił efekty, ale nie były one wystarczająco satysfakcjonujące. Fiona dość dużo mówiła i to względnie poprawnie, potrafiła czytać przepisywane przez siebie wyrazy, nie zawsze jednak rozumiała sens tego, co wymawiała, o czym sama opowiada:

W miarę upływu czasu odczuwałam coraz większą potrzebę zrozumienia, jak funkcjonują rozmaite rzeczy i o czym się mówi wokół mnie. Najtrudniej bywało w chwilach, gdy kilka osób zaczynało mówić jednocześnie, jakby przekrzykując się wzajemnie. [...] docierały do mnie (dzięki aparatowi słuchowemu) wszystkie odgłosy i dźwięki w identycznym natężeniu, tworząc chaos bodźców akustycznych, istną kakofonię, w której daremnie próbowałam się odnaleźć (FB, 108).

Sposobem na poprawę sytuacji okazała się możliwość wszczepienia implantu ślimakowego:

Do szkoły uczęszczało coraz więcej dzieci z wszczepionym implantem ślimakowym. Słyszały dzięki temu rozmaite odgłosy otoczenia, na które rodzice nie musieli zwracać ich uwagi. To rozbudzało ciekawość: słyszeli bowiem jakiś dźwięk, zanim jeszcze rodzice określili jego źródło. W efekcie nauka przychodziła im łatwiej (FB, 153).

Dostrzegając zalety operacji wszczępienia implantu ślimakowego, rodzice Fiony podjęli decyzję o poddaniu córki takiej operacji. Fiona miała wówczas 16 lat. Po przeprowadzeniu zabiegu oraz dodatkowych działań wykonanych przez akustyka dziewczyna rozpoczęła naukę mowy, tym razem już z reagowaniem na czynniki prozodyczne, takie jak akcent, rytm, intonację – zarówno mowy własnej, jak i otoczenia. Po wszczępieniu implantu Fiona słyszała szmery i głosy ludzi, ale miała wrażenie, jakby dochodziły one z oddali, mimo iż w rzeczywistości osoba mówiąca stała tuż obok. Był to jednak przełom w jej życiu. Wszystkie efekty, które udało się osiągnąć, stanowiły dla dziewczyny ogromny sukces, którego doczekała się po latach cierpienia, bólu i wielu chwil zwątpienia.

Fiona przeżyła bardzo długą i trudną drogę. Ostatecznie stała się dorosłą i samodzielną kobietą. Nie żali się na swój los osoby głuchej, czemu dała wyraz w wymownym Epilogu:

Czegoż to ja nie slysze! Niemal wszystko i jednocześnie nic. Dziś wieczorem, kiedy za oknem będzie się przesuwał księżyc, a ja, leżąc już w łóżku, przytwierdzą do poduszki swój budzik wibracyjny, wyłączę swoje implanty i odcepę transmittersy od magnesów w głowie, aby móc się rozkoszować ciszą. Ciszą, której nic nie zakłóca. Ani przez moment, chyba że sama tego chcę. Ciszą, którą mogę to włączać, to znów wyłączać. Ciszą, która mnie wchłania i osłania. Która dodaje mi sił. Która jest jedyna w swoim rodzaju. Ciszą, która była dla mnie przeznaczona od samego początku, od moich narodzin (FB, 188).

Zaburzenia słuchu zaobserwowane u bohaterki książki *Wyszlam z krainy ciszy* zostały zestawione w tabeli 17.

Tabela 17. Zaburzenia słuchu Fiony z książki: F. Bollag, *Wyszlam z krainy ciszy*

Objawy	Opis
1. Brak reakcji na bodźce dźwiękowe.	Fiona nie reagowała na żadne bodźce, nawet te o dużym natężeniu, jak np. odgłos włączonego odkurzacza.
2. Trudności (mimo prowadzonej terapii) z rozumieniem mowy w tłumie.	W chwili, gdy w towarzystwie odbywało się kilka osób równocześnie, Fiona nie mogła zrozumieć niczego.
3. Nieprawidłowości okresu prenatalnego.	Fiona urodziła się przedwcześnie z powodu komplikacji w trakcie noszonej ciąży.
4. Próba odzyskania słuchu za pomocą aparatów i implantu ślimakowego.	Dziewczyna miała wszczępiiony implant ślimakowy, który umożliwił jej uczenie się mowy.
5. Zniekształcenia komunikatów werbalnych.	Mimo systematycznej terapii, implantu ślimakowego mowa Fiony nie była poprawna.

Źródło: Badania własne.

Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych – książka: Josiane Criscuolo, *Słońce świeci dla wszystkich* (1977)

Długotrwała choroba somatyczna, brak nadziei na poprawę stanu zdrowia, permanentne uzależnienie od innych osób mogą z czasem wywołać pojawienie się dodatkowych zaburzeń psychicznych. Przykładem literackim, dzięki któremu lepiej zrozumiemy tę zależność, będzie książka *Słońce świeci dla wszystkich*, autorstwa Josaine Criscuolo, opublikowana w 1977 roku¹⁵. Utwór opowiada historię pewnej 24-letniej dziewczyny o imieniu Josiane, która zostaje doświadczona przez chorobę polio i jej bardzo ciężkie następstwa.

Dziewczyna jest bardzo towarzyska, mądra i inteligentna, lubi korzystać z życia. Jako czytelnicy zostajemy wprowadzeni w historię jej życia, gdy jest studentką. Jej problemy ze zdrowiem zaczynają się nagle. Dzień po imprezie, na której była, zaczęły boleć ją mięśnie, poza tym poczuła się źle. Na początku podejrzewa u siebie grypę, ale objawy utrzymują się nienaturalnie długo, a Josiane dochodzi do stanu, w którym nie potrafi podnieść się z łóżka. Po kolejnych badaniach znajomy lekarz stwierdza u niej polio. Matka, popadając w klasyczny mechanizm wyparcia, nie chce uwierzyć w tę diagnozę, dlatego córka nadal przebywa w domu pod jej opieką. Stan Josiane nie ulega poprawie, kilka dni przed Wigilią trafia do szpitala, gdzie potwierdzono diagnozę. Z dnia na dzień dziewczyna czuje się coraz gorzej, przy życiu podtrzymuje ją aparat wspomagający oddech. Polio postępuje. Zostaje upośledzony ruch kończyn, a finalnie nie może już sama oddychać. Rodzina spędza święta przy Josiane. Lekarze uważają, że jej zdrowie nie rokuje dobrze:

Z Jo jest źle, nawet bardzo źle; uważam, że sprawa jest beznadziejna. Właściwie będzie to dziwne, jeśli przetrzyma tę noc, nie mówiąc już o dniu jutrzejszym (JC, 20).

Mimo wszystko stan zdrowia autorki niespodziewanie się poprawia i kobieta stopniowo odzyskuje przytomność, ale może funkcjonować tylko na leżąco. Zostaje włożona do tzw. żelaznych płuc, które wspomagają oddech. W szpitalu odwiedzają ją przyjaciele. Dopiero teraz dowiaduje się, że choruje na polio:

15 J. Criscuolo, *Słońce świeci dla wszystkich*, przeł. K. Czyżewski, Wrocław 1977. Skrót: JC, numer strony.

Polio, to niemożliwe. Wtedy będę miała niedorozwój kończyn. Nie myślałam o tym, że byłam już dorosła, zanim ogarnęła mnie choroba. Może będę także kaleką, zmuszona do poruszania się za pomocą lasek [...]; a może nie będę mogła w ogóle chodzić, kto wie, może właśnie tak. Oszaleję. Ja nie chce tak żyć, to zbyt okropne! Nie zniosłabym tego: pokazywać się między ludźmi jako kaleka, ja, która zawsze tak bardzo zwracałam uwagę na estetyczny wygląd; ja, która jestem tak zalotna. Okropność! Dlaczego przeżyłam tę chorobę? (JC, 24).

Josiane musi powoli akceptować swój stan: niemożność poruszania się, uzależnienie od żelaznych płuc. Zdarzyło się kiedyś, że żelazne płuca przestały działać i Jo nie potrafiła złapać oddechu; myślała, że to już jej koniec. Nagle zjawiła się pielęgniarka i poprawiła go. Zdarzyło się to dwa razy, ale los jednak sprzyjał dziewczynie. Za każdym razem kiedy aparat przestawał działać i Jo nie mogła złapać oddechu, przez okno przebiegały promienie słońca. Świeciło ono nie tylko dla zdrowych, albowiem przynosiło radość i napawało optymizmem także sparaliżowaną Jo. W tym nieopisanym nieszczęściu Jo postanawia być „promykiem słońca” dla innych, postanawia się uśmiechać. Wymyśliła sobie życiową dewizę:

Carnegie twierdzi: „Jeżeli spotkasz człowieka, który jest zbyt znudzony życiem, by ciebie mógł obdarować uśmiechem, wtedy podziel się z nim swoim własnym. Jest bowiem niewątpliwą prawdą, że nikt bardziej nie czeka na uśmiech jak ten, który już sam nie może go ofiarować innym” (JC, 32).

Mama i jej chrzestny ciągle są przy niej. Jej tata w chwili nieszczęścia córki leżał na oddziale obok, miał bowiem zawał serca, nie mogąc pogodzić się ze stanem zdrowia córki. Wojna w Algierze sprawia, że Jo zostaje przeniesiona do innego szpitala, gdzie będzie bezpieczniejsza. Nie była to łatwa operacja, obawiano się bowiem, że z powodu złego stanu zdrowia i braku możliwości samodzielnego oddychania dojdzie do tragedii. Na czas przejazdu zostaje więc uszpanowana, a karetkę wiozącą chorą prowadzili motocykliści rządowej policji. Jo przyjechała na dalsze leczenie do szpitala w Marsylii.

Jo tęskni za Algierem, bardzo polubiła tamtejszy personel. W jej przekonaniach utwierdzają ją niezbyt przyjemni ludzie, których spotyka w nowym szpitalu. Zrobiła się jej odleżyna na karku, o której powiedziała pielęgniarce, a ta zbagatelizowała sprawę. W sposób ignorancki stwierdziła, że skoro Jo jest sparaliżowana, nie może odczuwać bólu.

Z czasem stan zdrowia Josiane stawał się trochę lepszy, potrafiła przez prawie 2 minuty samodzielnie oddychać. Dużo pracowała nad mięśniami i oddechem, aby wrócić do dawnej sprawności. Chciała zmienić szpital,

gdyż personel w tej placówce zdecydowanie jej nie odpowiadał. Lekarze nie chcieli się zgodzić, bo jej stan był nadal zły, ale Jo się uparła:

Przez całą noc nie zmrzyłam oka; chyba z radości, że wreszcie opuścić to niegościnnie miejsce i że przeniosę się do innego, milego. Przynajmniej tego się spodziewam po wiadomościach przywiezionych przez matkę i chrzestnego z wizyty w Montpellier. Co prawda, nie mogę zasnąć także z powodu odleżyny, która dokucza mi okropnie. Pod tym względem nie będzie mi lepiej w czasie podróży i wstrząsów karetki (JC, 51).

Przeniesiono ją do Montpellier. Tam już została. Ćwiczyła żabi oddech, włożono ją do kamizelki – było to coś lepszego niż żelazne płuca, w których nadal spała. Podejmowano wiele prób, aby umożliwić jej sprawnie oddychanie i funkcjonowanie w tej kamizelce. Dziewczyna wszystkiego się uczyła małymi krokami. Swoje postępy mogła uznać za ogromny sukces. Rodzina zamieszkała niedaleko szpitala. Ciągłe towarzyszyła jej mama, ojciec chrzestny oraz siostra, która aby czuwać nad Jo, zaniedbywała nawet swoje własne życie towarzyskie. Pomagała siostrze uczyć się do matury. Jo postanowiła dokończyć studia z języka arabskiego, co szczęśliwie jej się udaje. Sytuacja, w której się znalazła, prowokuje w jej umyśle różne przemyślenia: „Prawdziwych przyjaciół poznaje się w chwilach przeciwności, tak jak się gwiazdy widzi dopiero w nocy” (JC, 69). Josiane zdaje sobie sprawę z tego, ile zawdzięcza bliskim:

Choroba jest lekcją skromności: wobec niej wszyscy są równi. Uczymy się cenić bliźnich; człowiek zdrowy zdaje sobie bowiem sprawę, że może kiedyś potrzebować ich pomocy, choć uważa, że jest niezależny (JC, 86).

Jo wstąpiła do stowarzyszenia inwalidów. Zachęcona sukcesem na studiach postanawia, że zrobi doktorat z języka francuskiego. Rodzina wspierała ją w jej postanowieniach, jak tylko mogła. Ojciec chrzestny kupił jej stolik, który uruchamia jednym palcem u nogi. Ułatwia jej to naukę, albowiem może czytać książki przy minimalnym wysiłku fizycznym, przewracając strony za pomocą palca i guzika. Jeśli chce coś napisać, mówi do magnetofonu; potrafi się podpisać, trzymając długopis w ustach.

Przełomowym momentem w życiu Jo była chwila, kiedy po wielu próbach udało się ją posadzić na wózek. Od tej pory może wyjeżdżać na taras i zażywać piękną przyrody. Zdrowie dziewczyny poprawia się coraz bardziej, dzięki czemu potrafi samodzielnie oddychać przez nawet 7 godzin.

Mimo przeciwności losu, zdaje się, że bohaterka pogodziła się ze swoim losem i zamierza czerpać z życia, ile tylko może i na ile pozwoli jej kondycja, w której się znalazła. Nie traci jednak nadziei. Żegna się z czytelnikiem następującymi słowami:

Nie chciałabym, aby Czytelnik odniósł wrażenie, że tych dziesięć lat mego życia z długotrwałym usprawnianiem było jednym pasmem udanych wysiłków i zwycięstw każdego dnia. Wręcz odwrotnie. Pasma rwało się wielokrotnie. Przeżywałam na zmianę radości i smutki, zadowolenie i zwątpienie. Prowadziłam walkę stałą i nieprzerwaną ani na chwilę, każdego dnia. Walka ta warta jest opisu, aby ludziom dostarczyć dowodów, że życie ziszcza żywione przez nas nadzieje (JC, 133).

Zaobserwowane wyżej zaburzenia zostały zestawione i podsumowane w tabeli 18.

Tabela 18. Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych na podstawie książki: J. Criscuolo, *Słońce świeci dla wszystkich*

Objawy	Opis
Niesymetryczne porażenia najczęściej obejmują mięśnie kończyn dolnych, rzadziej górnych, mięśni tułowia i mięśnie oddechowe. Porażenia te są wiotkie, co wiąże się z osłabieniem siły mięśniowej (mogą to być zarówno lekkie niedowłady, jak i porażenia całkowite).	Przy życiu podtrzymuje Jo aparat wspomagający oddech. Polio postępuje, zostaje upośledzony ruch kończyn, finalnie brak jest samodzielnego oddechu.
Stale uczucie pustki i bezradności.	„Oszaleję. Ja nie chce tak żyć, to zbyt okropne! Nie zniosłabym tego: pokazywać się między ludźmi jako kaleka, ja, która zawsze tak bardzo zwracałam uwagę na estetyczny wygląd; ja, która jestem tak zalotna. Okropność! Dlaczego przeżyłam tę chorobę?”
Przewlekły stan wewnętrznego napięcia i poczucia zagrożenia.	„Choroba jest lekcją skromności: wobec niej wszyscy są równi. Uczymy się cenić bliźnich; człowiek zdrowy zdaje sobie bowiem sprawę, że może kiedyś potrzebować ich pomocy, choć uważa, że jest niezależny.”
Przewlekły stan wewnętrznego napięcia i poczucia zagrożenia.	Josiane musi powoli akceptować swój stan: niemożność poruszania się, uzależnienie od żelaznych płuc. Zdarzyło się kiedyś, że żelazne płuca przestały działać i Jo nie potrafiła złapać oddechu. Myślała, że to już jej koniec.

Źródło: Badania własne.

3. Niepełnosprawność intelektualna

Książki: Kim Edwards, *Córka opiekuna wspomnień* (2005), Dorota Terakowska, *Poczwarka* (2001) oraz Mary Craig, *Błogostawieństwa* (1986)

W niniejszym rozdziale omówione zostaną trzy powieści, będące przykładami literackich interpretacji zaburzeń, które nazywamy niepełnosprawnością intelektualną. Pierwszym dziełem, w którym pojawiają się wątki tej tematyce poświęcone, jest wydana w 2005 roku książka Kim Edwards pt. *Córka opiekuna wspomnień*. Autorka przedstawia czytelnikowi nie do końca poznany świat osób z niepełnosprawnością intelektualną¹⁶. Akcja powieści toczy się w połowie XX wieku. Czytelnik może w niej śledzić losy młodego małżeństwa, które spodziewa się dziecka. Przyszły ojciec jest z zawodu lekarzem, a splot nieprzewidzianych okoliczności sprawia, że musi on samodzielnie odebrać poród w praktycznie pustej klinice. Asystuje mu w tym jedynie jedna pielęgniarka. W końcu udaje się przyjąć poród, a na świat przychodzi dwoje dzieci – zdrowy chłopiec oraz dziewczynka dotknięta zespołem Downa. Zszokowany ojciec poleca pielęgniarce oddanie chorego dziecka do przytułku, a matkę dziecka informuje o tym, że poród przeżyło tylko jedno z dzieci. Dziewczynka, jak relacjonuje ojciec, urodziła się zupełnie sina i martwa:

– Słyszałaś o doktorze Henrym i jego dzieciach? Okazało się, że urodziły mu się bliźnięta. Z chłopczykiem wszystko w porządku, podobno jest zdrowy. Ale dziewczynka... Biedactwo zmarło przy urodzeniu (KE, 79).

Decyzja o oddaniu dziecka do zakładu staje się początkiem wielu dramatycznych wydarzeń. Pielęgniarka Caroline postanawia bowiem, że nie odda dziecka do przytułku, lecz wychowa je samodzielnie. Wraz z dzieckiem wyjeżdża z miasta.

Decyzja ojca dziecka staje się początkiem kryzysu i destrukcji jego małżeństwa, co z czasem doprowadza do tragicznych skutków. Życie z tajemnicą sprawia, że Henry odsuwa się od rodziny, nie chce kolejnego potomstwa, zamyka się w swoim świecie. Pracuje ponad siłę, a w wolnych

16 K. Edwards, *Córka opiekuna wspomnień*, przeł. A. Lipska-Nakoniecznik, Chorzów 2005. Skrót: KE, numer strony.

chwilach utrwała ulotne chwile na kliszach fotograficznych. Ma wyrzuty sumienia i tęskni za córką, koresponduje z jej przybraną matką, prosi o spotkanie. Dbą o jej komfort materialny, regularnie przesyłając pieniądze:

Wiem, że to był błąd. Że źle zrobiłem, oddając ci moją córkę... Wiem, że popełniłem straszny błąd i że nie jestem w stanie cofnąć tego, co się stało, ale mimo wszystko chciałbym ją poznać, Caroline. Chciałbym jakoś naprawić, zadośćuczynić... Chciałbym wiedzieć coś więcej o Phoebe i o tym, jak dajecie sobie radę w życiu (KE, 267–268).

Książka Edwards jest swoistym świadectwem tego, jak bardzo na przestrzeni lat zmieniło się podejście społeczeństwa do upośledzonych dzieci. Kiedyś były oddawane do zakładów dla upośledzonych intelektualnie zaraz po urodzeniu, nie posiadały prawa do edukacji czy pracy. O prawo do normalności rodzice dzieci upośledzonych musieli walczyć, zakładając stowarzyszenia, wynajmując i opłacając prawników; z biegiem czasu osiąkali zamierzone cele. Tymczasem Phoebe, córka doktora Henry'ego, poszła do przedszkola:

Dla innych dzieci uczęszczających do tego specjalnego przedszkola Phoebe była zwyczajnie sobą; koleżanką, która lubiła błękitny kolor, jeść popsicle i kręcić się w kółko. Tutaj jej odmienność pozostawała niezauważona. W pierwszych tygodniach Caroline zachowywała ostrożność, przygotowana w duchu na komentarze, z którymi bez przerwy spotykała się gdzie indziej – na placu zabaw, w sklepie spożywczym czy w poczekalni u lekarza. „Boże, co to za wstyd!” albo „Pani przeżywa na jawie moje najgorsze, nocne koszmary”. Raz nawet zdarzyło się, że ktoś powiedział: „Przynajmniej to biedne dziecko nie będzie długo żyć... To prawdziwe błogosławieństwo”. Czy było to skutkiem bezmyślności, ignorancji czy okrucieństwa, nie miało znaczenia, bo każde słowo na nowo ją rzyło ranę w sercu Caroline. Ale tutaj nauczyciele byli młodzi i pełni entuzjazmu, a rodzice spokojnie brali z nich przykład: Phoebe mogła wkładać w każdą czynność więcej wysiłku, robić coś wolniej, ale w końcu opanowała wszystko co trzeba, jak każde inne dziecko (KE, 185–186).

Phoebe osiągnęła wiek szkolny. Dla takich dzieci, jak ona, w latach siedemdziesiątych poprzedniego stulecia nie było miejsca w placówkach edukacyjnych:

– Żeby mówić o równości, musielibyśmy przyjąć wszystkich chętnych, co oznacza zalew opóźnionych w rozwoju indywidualności. To niewątpliwie za bardzo obciążałoby nasz system szkolnictwa. [...]

„Ograniczone”, mówiły głosy. Opóźnieni umysłowo zaleją nasze szkoły. To kula u nogi dla środków finansowych systemu szkolnictwa i odbieranie szansy szybszym dzieciom (KE, 190).

Opiekunka Phoebe nie mogła pojąć, dlaczego jej dziecko traktuje się w taki sposób:

Nagle poczuła przyływ rozpacz. Ci ludzie nigdy nie dostrzegą człowieczeństwa w kimś takim, jak Phoebe. Zawsze będą widzieć wyłącznie jej odmienność, powolność w mówieniu i trudność w opanowaniu nowych umiejętności. W jaki sposób mogłaby pokazać im swoją prześliczną córeczkę, Phoebe, która, siedząc na dywanie, układa wieżę z klocków, z miękkimi włosami założonymi za uszka i wyrazem absolutnej koncentracji na buzi? Phoebe, która nastawia mały adapter kupiony specjalnie dla niej i oczarowana muzyką tańczy po gładkich, dębowych deskach podłogi? Małą rączkę, która niespodziewanie pojawia się na kolanie Caroline, gdy ta siedzi smutna albo zamyślona, zaabsorbowana problemami, jakie niesie życie? „Wszystko w porządku, Mamusiu?”. Albo po prostu: „Kocham cię”. Phoebe, która jeździ na barana na ramionach Ala i obejmuje na powitanie każdego, kogo spotka... Phoebe, która miewa ataki złości i potrafi być uparta jak osioł... Phoebe, która nie dalej jak dzisiejszego ranka ubrała się całkiem sama i była z tego dumna... (KE, 190).

Dziewczynka dzięki determinacji przybranej matki kończy szkołę, a następnie podejmuje pracę w punkcie kserograficznym. Lubi swoje zajęcie, a na miarę swoich możliwości usamodzielnia się. Jest ufna, niekiedy aż nazbyt ufna:

- Skąd to masz, kochanie?
- Od Mike’a.
- Czy on z tobą pracuje? Czy to ktoś nowy?
- Nie – odparła Phoebe. – Poznałam go w autobusie.
- W autobusie?
- Uhu. Wczoraj. Jest bardzo miły.
- Rozumiem – Caroline miała wrażenie, że czas nieco zwolnił biegu. Wszystkie jej zmysły nagle się wyostrzyły, ale zmusiła się, żeby mówić spokojnie i naturalnie. – Więc Mike dał ci tę zabawkę?
- No tak. Był bardzo miły. I ma w domu nowego ptaszka. Chce mi go pokazać (KE, 404). Phoebe lubi ludzi. Spotyka w końcu miłość swojego życia, chłopaka o imieniu Robert, w którym się zakochuje. Planuje wyjść za mąż:
- Nie, my chcemy wziąć ślub.
- Caroline westchnęła ciężko.
- W porządku. Powiedzmy, że chcecie. A gdzie zamierzacie mieszkać?

– Kupimy dom – powiedziała Phoebe całkiem poważnie. – Będziemy w nim mieszkać. Będziemy mieć dzieci (KE, 399).

W kulminacyjnym punkcie powieści Phoebe poznaje swoją biologiczną matkę i brata bliźniaka. Zachowuje się przy nich swobodnie, nie odczuwa żalu. Wręcz przeciwnie, wzbudza w nich miłość do siebie, bardzo szybko znajdują wspólny język.

Główną osią powieści Edwards jest nie tylko motyw niepełnosprawności intelektualnej, ale także to, w jaki sposób kłamstwo i intryga może wpłynąć na relacje pomiędzy ludźmi. W pewnym sensie mamy do czynienia z dziełem nieco moralizatorskim, w którym autorka przekonuje o oczyszczającej mocy miłości i prawdy.

Druga ważna z naszego punktu widzenia powieść, w której motywem przewodnim jest niepełnosprawność intelektualna, to dzieło Doroty Terakowskiej pod tytułem *Poczwarka*¹⁷, opublikowane w 2001 roku. Jest to poruszająca historia o przekraczaniu własnych ograniczeń, o próbie bezwarunkowej miłości i odnalezienia w sobie zapomnianego dziecka. Nie jest to opowieść lekka dla czytelnika. Jest to bowiem historia dziewczynki, która rodzi się z zespołem Downa. Rodzice ciężko to przeżywają, są w szoku. Powieść Terakowskiej ma ciekawą kompozycję, a także sposoby prezentacji bohaterów. Autorka postawiła przed sobą zadanie ukazanie czytelnikowi perspektywy dziecka, któremu dobrze jest w łonie matki i które tak naprawdę nie ma ochoty wychodzić na świat. Istnieje jednak pewien warunek, który motywuje dziecko do narodzin. Jest ono bowiem darem Boga, który musi trafić do adresatów. Nawet jeżeli jest darem niepożądanym. Imiona tych adresatów, czyli rodziców dziewczynki, są bardzo symboliczne – to Adam i Ewa, mitologiczni i biblijni rodzice rodzaju ludzkiego.

Córeczka rodzi się w luksusowej klinice. Adam jest rozbawiony jej skośnymi oczkami, rzuca dowcipne uwagi o seksowności Azjatek i podejrzaniach wobec Ewy. W niej zaś narasta panika. Gdy Adam wychodzi, zaczyna wypytywać pielęgniarkę o oczka małej. Ale ta udziela wymijających odpowiedzi.

Następnego dnia Ewa dowiaduje się oficjalnie od lekarza, że dziewczynka ma zespół Downa. „Mały Mongoł” – stwierdza z przerażeniem,

17 D. Terakowska, *Poczwarka*, Kraków 2001. Skrót: DT, numer strony.

gdy lekarz tłumaczy jej, że nazwa, która się obecnie przyjęła („muminek”) jest sympatyczniejsza. Ale Ewie dziecko nie kojarzy się sympatycznie. To ruina marzeń i planów, które mieli – ona i Adam. Wszystko, co mówi lekarz, by ją pokrzepić, brzmi z jej perspektywy jak gorzka ironia.

Słyszy też o innych zagrożeniach związanych z zespołem Downa: słaby wzrok, skłonność do katarakty, wadliwy system oddechowy, zmiany kardiologiczne czy wiotkie mięśnie. W pewnym momencie Ewa przyłapuje się na myśli, że przecież to dziecko może umrzeć, a ona wtedy urodzi nowe, zdrowe i wszystko się ułoży pomyślnie. Niemowlę zaczyna w tej chwili przeraźliwie płakać.

Lekarz neonatolog wykazuje się nietypowym zaangażowaniem, stara się zarazić pacjentkę optymizmem. Nieoczekiwanie, po pierwszej fali szoku i na Ewę spływa fala czułości dla nowonarodzonej. Ale bardzo szybko otrzymuje informację o podejrzanym plamce na obrazie mózgu dziecka.

Decyzja Adama jest szybka: dziecko można zostawić w szpitalu, przekazać do adopcji lub zakładu. Ewa przystaje na to w milczeniu. Ustalono oficjalną wersję wydarzeń, w której matka poroniła albo dziecko urodziło się martwe. Początkowo Ewa zgadza się na wszystko, ale odczuwa wobec dziecka coraz większą litość, mimo że jednocześnie poczucie bezradności podpowiada jej, że powinna stamtąd uciec. Ostatecznie podświadoma miłość macierzyńska zwycięża, a Ewa postanawia wrócić z córką do domu.

Marysia, Migotka, Mysza, Misia – takimi imionami Ewa nazywa swą córeczkę, kojarząc córeczkę z bohaterami cyklu Tove Jansson. Pewna nieporadność i ociężałość małej dziewczynki spowodowana zespołem Downa bardzo jej przypomina świat muminków.

Adam nie przyjął dziecka dobrze. Małżeńska sypialnia stopniowo przestaje być małżeńska, albowiem Ewa zaczyna wypełniać ją książkami, których nie lubi jej mąż. Nie pasują mu one do charakteru wnętrza. Cały dom urządzony jest bowiem zgodnie z projektami dekoratora i mistrzyni feng shui, ale w istocie to nie niewłaściwy dobór dodatków spowodował, że Adam zaczął sypiać w swym gabinecie. Prawdziwym powodem jest pojawienie się Myszki. Drzwi gabinetowe zostają przerobione na dźwiękoszczelne, by Adam nie musiał wysłuchiwać płaczu nieakceptowanej córki. W sypialni pojawia się w pewnym momencie dziecięce łóżeczko. Ewie, która sama opiekuje się dzieckiem, łatwiej tak funkcjonować.

Kobieta z trudem pokonuje strach i wstyd przed światem – czasem cieszy się, gdy choroba lub niepogoda uniemożliwiają spacer. Bolesne jest

zwłaszcza, gdy częsta w zespole Downa biegunka powoduje następstwa w postaci uwag wobec Ewy czynionych przez ludzi na głos. Czasem Ewa wspomina usuniętą ciężę z czasów, gdy była na ostatnim roku studiów, a Adam rozkręcał firmę. Zadawała sobie pytanie, czy pojawienie się Myszki jest karą? Czy tamto dziecko urodziłoby się zdrowe?

A tymczasem z dnia na dzień coraz wyraźniej kształtuje się wygląd Myszki typowy dla dzieci z zespołem Downa: krótki nosek, okrągła twarz, w której uderzały skośne podpuchnięte oczy pod nawisem grubych powiek, otwarte usta, język wsparty o dolną wargę, nieforemny, spłaszczony tył głowy. Myszka miała też charakterystycznie szeroki i krótki kark, słabo umięśnione nogi i ręce oraz uderzająco grube palce u rąk. Cała była gruba, nieforemna. Mama wiedziała też, że

dzieci z zespołem Downa mają kłopoty z krążeniem i oddychaniem, ich nos jest na ogół niedrożny, więc prawie zawsze z niego cieknie, a oddech często przypomina sapanie. Język dzieci z DS jest o wiele większy i szerszy, nie mieści się w jamie ustnej, a ponieważ jest źle umięśniony, więc najczęściej spoczywa na dolnej wardze symptomatycznie półotwartych ust, powodując obfite ślinienie się (DT, 33).

Marysia aż do piątego roku życia nosiła pieluchy. Z trudem artykułowała pojedyncze słowa. Była bardzo opóźniona w rozwoju. Późno też zaczęła chodzić, a wykonywanie najprostszyc czynności sprawiało jej kłopot. Była niezaradna, zawsze potrzebowała dużej pomocy przy robeniu czegokolwiek.

Mimo że Myszka ma pięć lat, wciąż nie można posłać jej do integracyjnego przedszkola. Ciągłe zdarzają jej się nagłe brązowe plamy na rajstopkach. Starannie wypielęgnowany kiedyś dom, staje się pełen śladów jej obecności. Ewa zresztą ma opory przed posłaniem jej go szkoły, gdzie – jak stwierdza – dzieci nie będą akceptowały takiej koleżanki. Ona sama też by jej przecież nie przegnęła.

Myszka jest niewolniczo przywiązana do swych rytuałów, każde odstępstwo stanowi dla niej powód do dramatu. Niepokoi ją telewizja z jej chaotycznym przekazem, kocha tylko widok ludzi w tańcu. Jedną z reklam z biegającym z komórkę mężczyzną kojarzy z nieobecny w jej życiu ojcem – Adamem.

Po latach słuchania opowieści o Kopciuszku Myszka zaczyna kojarzyć tę baśń z samą sobą i na kształt Kopciuszka z ilustracji siada na stołeczku, wyczekując wróżki. Ewa, która w przyływie rozpaczy uznała, że jej samej

zła wróżka dała poczwarkę, uświadamia Myszkę, że wróżka nie zamieni jej w lekko tańczącego na balu motyla.

Myszka z czasem zdaje sobie sprawę z odmienności, zarówno swojej, jak i matki. Ewa mówi jej: „Wróżki umieją jedynie przemieniać zwykłych ludzi, takich jak my wszyscy, w kogoś tak niezwykłego jak ty” (DT, 31). To odbiera Myszcze nadzieję na spełnienie marzenia. Powraca ona w innym kształcie o wiele później, gdy do Myszki dociera wróżka we śnie.

Ktoregoś dnia, gdy ośmioletnia Myszka z wielkim trudem uczy się sznurowania bucików, dociera do niej głos krzyczącego Adama. Nie chce rozvodu, gdyż nie zniósłby opinii ojca porzucającego dziecko z niepełnosprawnością umysłową. Ale nie chce też znosić obecności córki, której się brzydzi. Nazywa ją poczwarką, której nie można posłać nawet do zwykłej szkoły dla upośledzonych, jej jedynym miejscem jest zakład. Myszkę przeraża słowo poczwarka, ale Ewa ją uspokaja.

Do Myszki powraca sen o locie w górę za sprawą wróżki. Wie jednak, że tak naprawdę nie jest realne to jako lot, ale najwyżej jako wspięcie się, bo rozumie swe ograniczenia. Zaczyna intrygować ją strych, przez matkę zakazywany jako niebezpieczny. Wszystko, co nowe i ekscytujące, jest najczęściej niebezpieczne, Myszka wyczuwa też, że zakaz bierze się z jej ograniczeń.

Postrzega świat jako miejsce ludzi, których nie lubi jej matka, a oni nie lubią jej. Na strychu jednak jest wysokość, po której czegoś niezwykłego każe jej się spodziewać wróżka ze snu. Po pokonaniu oporów Ewy, zwalczonych z typowym dla muminków uporem, matka wreszcie prowadzi ją na strych. Jego widok w ciemności odkrywa przez Myszka nieskończoną ilość odcieni czerni, co ekscytuje ją tak, że oświetlającej go sztucznym światłem Ewie każe czym prędzej wyjść.

Ewa, początkowo niechętna, jednak skuszona jest wizją chwili samotności. Tak naprawdę stając się jedyną osobą w życiu córki, którą szczerze oddzieliła od świata, ona sama uległa wielkiemu zniewoleniu. Teraz marzy o chwili ciszy. Każe jednak zamontować na górze najpierw dzwonek, którym Myszka będzie mogła ją przywołać, gdy będzie jej potrzebować, co Ewie da szansę na spokojny relaks.

Pierwsza samotność Myszki na strychu zbiega się z oberwaniem chmury i Ewa może rozkoszować się faktem, że jest skazana na siedzenie w domu, nie może przecież spacerować w deszczu z córką. Myszka rozkoszuje się obserwacją nieba w małym okienku strychu. Czuje obecność Boga stwarzającego świat, choć nie umie tego nazwać.

Adam żyje w poczuciu straty i żalu. Nie może odżalować decyzji Ewy, czuje własną pustkę i jednocześnie ruinę swych planów. Brzydzi się choroby dziecka – jest tak bardzo nieestetyczna. Nienawidzi tego dziecka za krach jego prostej linii życia, w którym wszystko poza nią układa się tak dobrze:

Przeciętna rodzina i przeciętne, zwykle dziecko, które nie belkocze, nie ślini się, nie kapie mu z nosa, nie ma opuchniętych skośnych oczu ani IQ w okolicy 50 punktów. Wystarczyłoby, żeby miało 100, choć dziesięć lat temu uważałem, że niżej niż 140 to wstyd... (DT, 151).

Wbrew pozorom Adam bacznie obserwuje żonę i córkę. I choć do tej pierwszej ma żal za podjętą decyzję, jednocześnie zazdrości jej przeżywania tyłu uczuć. Czasem potrafi nawet szybciej niż Ewa ocenić, co mówi Myszka, i to on pierwszy dostrzega, jak bardzo córka pragnie tańczyć, co stanowi dla niego pewien wstrząs: ta ułomna istota ma pragnienia jak każdy. Rozmyśla nawet o tym, jak zareagowałaby na balet, ale natychmiast przejmuje go to wstrętem; widział przecież już niejednokrotnie, idąc w ukryciu za Ewą, reakcje przechodniów na Ewę przewijającą dyskretnie pięcioletkę albo na wycie przerażonej córki, której Ewa nie mogła uspokoić przed jakąś wystawą.

Adam dyskretnie dowiaduje się wszystkiego na temat zdrowia i perspektyw rozwoju córki. Uznaje, że skoro wobec faktu jej ewentualnego długiego życia po ich śmierci musiałyby trafić do zakładu, lepiej jest zrobić to w tej chwili, gdy rzecz jest dla niej może mniej bolesna i odczuwalna. Gdy lekarz mówi mu o tajemniczej plamce na mózgu dziecka, nie okazuje żadnej reakcji, by nie zdradzić się z ulgą. Każdą bowiem myśl o tym, co mógłby zrobić, a czego nie czyni, prędko obraca w rozgniewanie na dziecko.

Myszka chodzi z matką do logopedy, gdzie zarówno ją samą, jak i prowadzącą terapię do skrajnego poczucia senności doprowadza powolne tempo postępów. Myszka mówi bardzo niewyraźnie. Widzi za to dobrze i to ona zauważa czającego się często w ukryciu ojca, który podgląda ją z mamą. Ale nie ma odwagi mówić do niego; wie, że on się jej boi i brzydzi.

Postanawia zatem zatańczyć, bo wierzy, że to właśnie taniec łączy ludzi jak nic innego. Odkrywa, że oprócz ciała jej wzlot w tańcu uniemożliwia ubranie. Z mozołem zatem rozbiera się do naga i szczęśliwa robi tyle, ile się da, by zatańczyć. Ciało, jak zwykle ją pokonuje – w kluczowym

momencie pęcherz nie wytrzyma i po nogach ścieka mocz. Stojąca w kałuży Myszka ściąga swym wyrażanym przez wycie poczuciem klęski matkę. Ewa przybiega i beszta córkę. Myszka zatem już nie powtarza doświadczenia, choć nie postrzega nagości jako zła – dla niej jest ona piękna.

Gimnastyka korekcyjna, na którą Ewa z polecenia lekarza prowadzi córkę, napęlnia Myszkę poczuciem klęski. Do tej pory ufająca w to, że kiedy dorośnie, zatańczy naprawdę i stanie się lekka, teraz zderza się z bolesną prawdą; dorośli też uczęszczają na ćwiczenia, a one niewiele im pomagają. Tak po raz pierwszy Myszka odkrywa, że matka kłamie.

Ojciec jest dla Myszki tym, który w oczywisty sposób przynależy do świata piękna, tak odległego od niej i dla niej, według matki – wrogięgo. A jednak Myszka marzy, że kiedyś do niej przemówi naprawdę. Któregoś dnia, spragniona chwili wolnej od rzeczywistości Ewa pyta Myszkę o to, czy nie chce odwiedzić strychu. Dziewczynka odczuwa wdzięczność, jest szczęśliwa, ponieważ gdy się jej o tym nie przypomina, ona sama nie jest w stanie tego pamiętać, nawet gdy w tej intencji zaznacza sobie krzyżyk. Tego wieczoru jednocześnie matka i córka przeżywają równoczesne uniesienie z powodu trawy. Myszka poprawia Stwórcę, który chce ją uczynić niewłaściwą, a Ewa leży na świeżo wzeszłym trawniku i czuje spływający na nią błogi spokój.

Zamknięty w swym gabinecie Adam zgłębia prace naukowe poświęcone wszelkim upośledzeniom, nie tylko temu, które stało się udziałem jego córki. Chce pojąć, mimo swej zupełnej obojętności religijnej, zdanie Jana Pawła II: „W osobie z niepełnosprawnością umysłową odbija się moc i wielkość Boga” (DT, 99). Ze wszystkich określeń, które ludzie nadają osobom z zespołem Downa, do niego najbardziej przemawia nieoczekiwanie to najbardziej górnolotne: dar Pana.

Nieoczekiwanie wraca do niego wspomnienie z odległych wakacji na Mazurach, gdy przebywali wtedy wraz z Ewą na studenckich wakacjach. Wydający im się nieskażonymi złem cywilizacji ludzie ukrywali w stodole swe przeraźliwie zdeformowane dziecko, przez całe życie przywiązane na łańcuchu, znające tylko świat świń. Nieoczekiwanie odczuwa przypływ zrozumienia dla mrocznej tajemnicy gospodyni, szybko jednak odrzuca tę myśl.

Spokoju nie daje mu dręczące uczucie, że czegoś zapomniał: okazuje się, że są to ósme urodziny Myszki. Powracają uczucia z tamtego dnia, gdy dowiedział się strasznej prawdy: przede wszystkim potrzeba ukrycia się

przed współczuciem ludzi. Potem poczucia zdrady ze strony Ewy i świadomości, że już nigdy ich życie nie będzie wspólne.

Zdumiewa go powrót wspomnienia o tajemnicy mazurskiego domku w dniu zapomnianych ósmych urodzin córki i robi rzecz zdumiewającą: każe sekretarce kupić prezent dla ośmioletniej dziewczynki. Podrzuca otrzymaną parę Barbie i Kena w kącie holu, gdzie zwykle bawi się córka i śledzi chwilę, gdy prezent trafia we właściwe ręce. Przeżywa nieoczekiwane wzruszenie.

Dla Myszkę odkrycie nie jest do końca doskonałe; pretensjonalna twarz Barbie odbiera odkryciu rangę przemienionego Kopciuszka. Stwierdza, że parą jest idealna pani i pan-tata z telewizora. Kiedyś zajrzy do ich środka, a jak na razie bardziej interesuje ją pójście na strych.

Któręś dnia Adam atakuje Ewę pytaniem o „potem”. Myszka, towarzysząca im w tej rozmowie, nie rozumie jej znaczenia, ale na Ewę spływa lęk o przyszłość dziewczynki. Uświadamia sobie, że skupiła się na chwili obecnej, nie wybiegając myślą w przyszłość.

Teraz poczucie władzy nad Myszką daje jej strych, na którym córce bardzo zależy. Dla strychu dąży do robienia postępów, dla strychu nie robi awantur o kolejne porcje jedzenia (ma typowe z zespołem Downa niebezpieczne łakomstwo). Myszka osiąga etap rozwoju, na którym mogłaby zostać przyjęta do przedszkola, tęskni za towarzystwem dzieci – ale ma już osiem lat. Niektóre dzieci boją się jej, a jeżeli nawet nie – ich matki stoją na straży tego, by Myszka nie mogła zbliżyć się do dzieci.

Na strychu Myszka tym razem widzi stwarzanie wszystkich ciał niebieskich i znużona widowiskiem usypia. Ewa zaś, zniósłszy córkę na dół, widzi rój spadających gwiazd, na widok których nie marzy. Jej marzenie, jedyne jakie ma, i tak się nie spełni.

Adam zawsze pragnął dziecka. W tym widział sens swych życiowych dążeń: w przekazaniu dziecku plonów tego, co osiągnął. Jednak nie mogła tym dzieckiem być Myszka, która na chwilę odebrała mu sens życia. Odzyskał go, myśląc o dziecku drugim. Czuje się rozżalony tym, że Myszka urodziła się zbyt wcześnie, że jeszcze czas jakiś, a postęp w genetyce nie pozwoliłby na urodzenie się żadnego kalekiego dziecka.

Genetyka to dla niego realizacja tego, co ujęto słowami o przemianowaniu przez człowieka głosem Boga. Z przerażeniem jednak odkrywa zbieżność swego i naukowców idealnego planu z wizją, jaką miał już przecież Hitler, nieznanający nawet słowa „gen”. Nieoczekiwanie nachodzi go

refleksja, czy rzeczywiście społeczeństwo ludzi idealnych będzie lepsze od tego, jakie stworzył biblijny Bóg:

Nagle wyobraził sobie cały zastęp, ba, armię doskonałych ludzi, wyhodowanych według tego samego wzorca. Mogliby zaludnić naukowe laboratoria, instytuty, szpitale.

„A jeśli mimo użycia tego samego genetycznego materiału każdy z nich byłby całkowicie inny? Wbrew temu, co mówi prezydent USA, język Boga musi być czymś więcej niż tylko zapisem kodu DNA...”

– Język Boga... – zaśmiał się szyderczo, ale zaraz się zasepił: „Czy to możliwe, że te dzieci nazwano Darami Pana, bo lepiej rozumieją język Boga niż wszyscy uczeni świata razem wzięci?” (DT, 265).

Refleksjom towarzyszy niespodziewane odkrycie: z racji, że Adam często słucha muzyki poważnej, a Myszka bawi się blisko jego dźwiękoszczelnych drzwi gabinetu, przenika to do jej umysłu i okazuje się, że bawiąc się lalkami od Adama, nuci utwór Mahlera. Udaje się jej ustawić lalki na stojąco i sama zrywa się szczęśliwa, wołając: „Taaaaa!”, co w jej języku oznacza taniec.

Na twarzy ma wyraz czystego szczęścia. Adama zaś irytuje Ewa, która przybiega zwabiona głosem małej i chwali ją jak zwierzątko, gdy on odkrył ją w chwili, w której objawił się w niej cel absolutu: szczęście – ważniejsze niż jej niedoskonałość. Przemówił przez nią Bóg. Po chwili jednak czuje się zażenowany sam sobą i z gniewem strąca książki o genetyce. Pewne dla niego są tylko liczby i to one niosą mu spokój, gdy wchodząc do sieci, wybiera strony firmy.

Myszka, w przeciwieństwie do Ewy, bardzo lubi poważną muzykę słuchaną przez Adama. Nuci ją często, gdy na strychu widzi widowisko stwarzania morskich stworzeń i ptaków. Bóg nie chce tego dnia stwarzać więcej. Myszka ze smutkiem cierpliwie czeka. W tym oczekiwaniu zastaje ją mama. Na podłodze strychu leży piórko. Mogłoby uchodzić za piórko zwykłego ptaka, ale jest różowe. I Ewa nie może tego zracjonalizować, zatem szybko zapomina. Myszka zabiera swój skarb – namacalny dowód cudu, którego była przecież świadkiem.

Adam odnotowuje nowe zjawisko w domu: ciszę. Nie ma pojęcia, co z Myszką, bo Ewa leży na kanapie i czyta. Myszki nie ma, Adam odkrywa tylko nagość porzuconej Barbie. Myszka jest zaintrygowana, ale i zaniepokojona tym, co zostanie stworzone na strychu tym razem. Ma w głowie pełno obrazów przemocy, których matka nie cenzuruje. Zatem

gdy widowisko stwarzania wszystkich przyjaznych stworzeń, jakie ona zna, dobiega końca, a On zdaje się coś trzymać w zanadrzu, Myszka wpada w panikę i po raz pierwszy wzywa dzwonkiem matkę. Ewa wpada na strych przerażona i paraliżuje ją absurdalnym strachem ciemność. Nieoczekiwanie uspokaja ją sama Myszka; córka zwraca jej uwagę na odgłos z zewnątrz. Gdy wychodzą do ogrodu, przez trawę idzie kociak, którego Myszka z nieoczekiwaną u niej delikatnością i spokojem zwabia do domu. Ewa jest zachwycona wpływem zwierzęcia na jej niepełnosprawne dziecko i godzi się na zwabienie kota do domu.

Nieświadom obecności kota Adam, który unika patrzenia na Myszkę, szykuje sobie w kuchni kanapki z pastą z łososia. Zwabiony zapachem kociak zaczyna wspinać się po jego nodze, a przerażony gwałtownym atakiem pazurów Adam odruchowo pozbywa się go wierzgnięciem. Kociak przelatuje w powietrzu kilka metrów i uderza w szafkę. Jego ciało nieruchomieje. Ewa w napięciu czeka na reakcję Myszki na pierwszą w jej życiu śmierć. Ale nieoczekiwanie nie ma wybuchu, nie ma żadnego ataku, tylko wyczekiwanie. Nagle Ewa niezrozumiale dla siebie samej wypowiada głośno: „I panujcie nad rybami morskimi i nad ptactwem niebieskim, i nad wszelkim zwierzem na ziemi” (DT, 147).

To, co teraz robi Myszka, Ewie niepokojąco przypomina zapowiedź epilepsji. Dziewczynka wbija oczy w górę, przyzywając kogoś nagłąco: Neee... neee.. oć, oć. Z głowy kociaka sączy się krew – zwierzątko ewidentnie nie żyje. Ale nagle dom spowija nienaturalna cisza, której nic nie ożywia, po czym przez dom przebiega westchnienie, na które zdawała się czekać Myszka. Jej włosy i wszystko wokół unosi podmuch.

Przeciąg – racjonalizuje Adam. Myszka radośnie się śmieje i z pełnym spokojem rusza do kociaka, mówiąc Oć, oć – kociak siada powoli i zaczyna myć skrwawiony pyszczek. Myszka poleca go nakarmić. Ewa nalewa mu mleka. Gdy Adam wzrusza ramionami i wychodzi, Myszka zabiera tubkę pasty z łososia i wyciska kotu na ziemię. Ten porzuca mleko i łakomie rzuca się na pastę. Zszokowana Ewa oznajmia córce, że to ona ma prawo nadać kotu imię. On daa – mówi Myszka, a Ewa interpretuje to jako fakt, że z niespodziewanych powodów Myszka uznała kota za prezent od Adama.

On sam, zamknięty w gabinecie przeżywa sytuację, z przykrością uświadamiając sobie, że nie doszłoby do niej, gdyby nie to, że unika wzrokiem Myszki. Myśli o jego wymarzonej domu, w którym nie byłoby

żadnego problemu z obecnością zwierząt. Irytujące wypowiedzenie przez Ewę cytatu z Biblii powoduje u niego znów niechciane rozważania o tym, czy zwierzęta trafiły we właściwe ręce i czy w ogóle w ludzkie ręce powinno coś trafić. Jak zwykle pograżenie się w niechcianych i niekomfortowych rozważaniach powoduje w nim wzrost gniewu na córkę.

Adam często rozmyślał nad chorobą córki. Kiedy dowiedział się, że jest ona dziedziczna, rozpoczął poszukiwania, zarówno w rodzinie Ewy, jak i swojej. Okazało się, że tak naprawdę miał na imię Jan. Adaś był jego młodszym bratem, który cierpiał na zespół Downa. Wszystkie wspomnienia z dzieciństwa nagle do niego wróciły. Rzeczywiście miał kiedyś brata cierpiącego na tę samą chorobę, jaką miała Myszka. Był dla niego opiekuńczy i bardzo go kochał. W dniu, w którym zdarzył się wypadek samochodowy, brat obiecał Janowi, że do niego wróci, ale tak się niestety nie stało. Babcia wezwana do zidentyfikowania zwłok celowo powiedziała, że zginął Jan, a nie Adam. Pragnęła bowiem zachować przynajmniej część ukochanego wnuka, jego starszego brata nazwała więc Adamem. Do Adama wreszcie dotarło, że brat w cudowny sposób do niego powrócił, przybierając postać Myszki. On jednak go odepchnął, nie okazując Myszce miłości i troski. Po powrocie do domu z wizyty u babci okazało się, że Myszka umiera. Adam był przy niej przez ostatnie godziny jej życia.

Książka Terakowskiej to ciekawy przykład dzieła literackiego, w którym główną postacią jest dziecko z zespołem Downa. Rzeczywistość miesza się z tu z literacką fikcją. Bohaterka powieści to dziecko z głębokim upośledzeniem umysłowym, które w wieku ośmiu lat nadal nie nadaje się do uczęszczania do szkoły, nawet specjalnej. Tak poważny deficyt intelektu jest jednak rekompensowany przez swój własny fantastyczny i magiczny świat marzeń i wyobraźni. Autorka powieści chciała tym samym przekazać czytelnikowi, że każde dziecko, niezależnie od stanu zdrowia, potrafi tworzyć swoje własne wartościowe światy.

Trzecią z kolei powieścią poświęconą życiu dziecka dotkniętego niepełnosprawnością intelektualną będzie książka autorstwa Mary Craig pt. *Błogosławieństwa*, opublikowana w 1986 roku¹⁸. Kanwą utworu jest historia rodziny, w której pojawia się niepełnosprawne dziecko. I jak w poprzednich dwóch powieściach, rodzice nie są zadowoleni z narodzin chorego dziecka. Mamy więc do czynienia z pewnym stałym motywem

18 M. Craig, *Błogosławieństwa*, przeł. W. Kustra, Warszawa 1986. Skrót: MC, numer strony.

wykorzystywanym przez pisarki. W taki sposób mówi o tym jedna z bohatererek powieści:

Sądzę, że większość ludzi, podobnie jak mnie, przerażało spotkanie z nienormalnym człowiekiem. Byłam przekonana, że nienormalność zdarza się wyłącznie innym. Nie wyobrażałam sobie, by spotkało to mnie. A właśnie... spotkało (MC, 8).

Paweł Krzysztof urodził się duży, z nadmiarem skóry („jego ciało zdawało się na nim zwisać, jak za obszerny o kilka numerów płaszcz” [MC, 9]), bezustannie domagał się jedzenia, płacząc dniami i nocami. Lekarze uspokajali, że ten stan minie, gdy dziecko skończy rok. Niestety okazało się, że dziecko nie przestało płakać:

Nadeszły pierwsze urodziny Pawła, ten magiczny dzień, kiedy to miał ustać jego płacz i powrócić spokój. Niestety, próżne nadzieje! Tego dnia przeszedł sam siebie: darł się przez cały dzień i doprowadził do tego, że nasze nerwy były w strzępach (MC, 10).

Płacz i nienasycenie nie przeszkadzały dziecku przybierać na wadze. Rósł, a większość etapów rozwoju, jak siadanie, raczkowanie, wyrzynanie się zębów, przeszedł w normalnym czasie. Brakowało tylko jednego – mowy. Sugestie opiekuna społecznego, że dziecko może być głuche i dlatego nie rozwija komunikacji werbalnej, rodzice odrzucili, ponieważ bali się stygmatyzowania chłopca głuchotą. Choroby dwulatka (zapętlona przepuklina, astma) sprawiły, że Paweł znalazł się w szpitalu. To tam po raz pierwszy z ust lekarza prowadzącego padła diagnoza, że chłopiec nie jest normalny: „Jest to rzadka choroba, zespół Hurlera. Po angielsku nazywacie to... hm... gargolizmem” (MC, 13)¹⁹.

19 Zespół Hurlera to rzadka choroba metaboliczna. Nieprawidłowości w rozwoju dziecka pojawiają się przed ukończeniem pierwszego roku życia. Pacjenci mają nienaturalnie dużą głowę oraz bardzo charakterystyczne rysy twarzy (wysokie czoło, szerokie przegrody nosowe). Dzieci nie mówią, mają bardzo poważne problemy ze słuchem. Zmiany widoczne są także w obrębie narządu wzroku. Rogówka mętnieje, a siatkówka stopniowo obumiera. Nieprawidłowości widoczne są w układzie kostnym dziecka. Większość pacjentów cierpi z powodu karłowatości, liczne uciski na nerwy (m.in. w obrębie nadgarstka – to tzw. zespół cieśni nadgarstka) znacznie ograniczają ruchomość w stawach. Kręgosłup jest wygięty do przodu, tworząc garb na wysokości klatki piersiowej lub odcinka lędźwiowego. Dłonie są bardzo szerokie, a palce przypominają kształtem szpony. Powiększona śledziona i wątroba prowadzą do wydęcia brzucha. Choroba Hurlera identyfikowana jest za pomocą symbolu: ICD-10 E 76.0.

Matka dostrzeża nagle nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu dziecka, których nie widziała wcześniej: „serdelkowate palce, spłaszczony, pozbawiony grzbietu nos, tępe spojrzenie” (MC, 14). Martwi się upośledzeniem syna oraz tym, że opieka społeczna odbierze jej bezustannie płaczące dziecko. Do tych zmartwień dołącza kolejne – nieplanowana, trzecia ciąża. Mary boi się, że nie poradzi sobie z trójką dzieci, w tym z jednym niepełnosprawnym. Obawia się także zdrowie kolejnego dziecka. Trzeci syn rodzi się na szczęście zdrowy.

Paweł rósł, ale w wieku czterech lat jego organizm nadal nie funkcjonował dobrze, przez co chłopiec wymagał ciągłej opieki:

Nie panował nad fizjologią wydalania, więc wymagał nieustannych zabiegów i pielęgnowania. Należało czuwać nad nim stale, gdyż nigdy nie można było przewidzieć, jak się zachowa. Trzeba było go karmić – jak niemowlę – łyżeczką, gdyż nie był w stanie niczego w dłoni utrzymać. A ponieważ każdy kęs żuł w nieskończoność, zanim więc skończył jeden posiłek, już nadchodziła pora przygotowywania następnego – i to stanowiło zajęcie niemal na całą dobę (MC, 21–22).

Typowa dla gargolizmu fizjonomika powodowała, że ludzie niechętnie patrzyli na Pawła. Wygląd chłopca prowokował niewybredne komentarze typu „rybi pysk” czy „takim dzieciom powinien być wzbroniony wstęp do środków komunikacji społecznej”. Nawet znajomy lekarz nie szczędził dziecku przykrości, krzycząc:

- To zwierzę – [...] nic więcej tylko zwierzę!
- Dlaczego go Pani gdzieś nie odda? (MC, 23).

Rodzice zwracali się o pomoc i do Boga, i do ludzi, głównie lekarzy, jednak nikt nie potrafił pomóc chłopcu. Paweł nie uczęszczał do szkoły, gdyż ówczesne władze twierdziły, że jest „niewyuczalny”, a więc niezdolny do korzystania z normalnego nauczania:

Paweł był pozbawiony zdolności mowy, komunikowania się, nie panował nad czynnościami fizjologicznymi, nie umiał się skoncentrować. Najcięższe było to, że w ogóle nas nie poznawał i nie mógł być członkiem rodziny w pełnym tego słowa znaczeniu. Przebywał w dzieciennym pokoju na parterze samotny jak palec; mała smutna figurka z buzią stale rozplaszczoną na szybie, wydająca dziwne, niezrozumiałe dźwięki (MC, 59).

Po latach samotnych zmagania z niepełnosprawnym dzieckiem Mary decyduje się umieścić chłopca w „sanatorium” dla dzieci niepełnosprawnych, znajdującym się w... Polsce. Pewna, że Paweł nie poznaje ludzi, nie rozpoznaje miejsc, że nie będzie tęsknił za rodziną, powierza go opiece polskich specjalistów na okres 1–2 lat. W tym czasie spokojnie oczekuje na kolejnego potomka. Mary urodziła czwartego syna – tym razem z zespołem Downa:

Taki casus (dwoje niepełnosprawnych dzieci) pojawia się raz na kilkaset tysięcy urodzeń. Astronomiczny traf, który pominął prawdopodobieństwo i uderzył w nas (MC, 66).

Mary cierpiała, ale w chwilach największej rozpacz przypominała sobie słowa, które niegdyś czytała: „nie to jest tragedią, że cierpimy, ale że cierpienie marnujemy. Marnujemy okazję, by dorosnąć do współodczuwania” (MC, 67).

Chłopczyk dostał na imię Mikołaj Piotr. Urodził się bez odbyticy, toteż niezwłocznie musiał zostać poddany operacji. Jego szanse na przeżycie wynosiły 50% i tej nadziei chwytiała się matka – nie chciała wychowywać kolejnego niepełnosprawnego syna. Mikołaj przeżył. Pogodnym usposobieniem podbił serca domowników, a rodzice pogodzili się z posiadaniem niepełnosprawnych synów. Mary pomogła w tym celna myśl Kahila Gibrana:

Twoje cierpienie – rozbija skorupę, która krępuje zrozumienie. Podobnie jak pestka owocu musi pęknąć, aby jej jądro mogło dążyć do słońca, tak i ty musisz poznać cierpienie (MC, 74).

Bohaterka, a zarazem autorka, interesuje się historią więźniów obozów koncentracyjnych z czasów drugiej wojny światowej. Dostrzegając ogrom cierpienia i nieszczęścia, zaczyna inaczej postrzegać swój los i los swoich dzieci. Kocha je miłością bezwarunkową; wie, że właśnie od tych niepełnosprawnych może się wiele nauczyć. Tak mówi o Mikołaju:

Nie mają wrogów; są ufne, w ich świecie nie ma lotrów. Są kochające, zaakceptowały same siebie. Są wspomnieniem naszej własnej niewinności. Nikt nigdy nie skonstruuje samolotu, nie będzie lotnikiem, nie sporządzi bilansu w księgowości, lecz nieustannie rozdaje radość i miłość gdziekolwiek się zjawi. Jest nieustannym darem gwiazdkowym, pomimo marnego opakowania (MC, 139).

W tabeli 19 zaprezentowano objawy upośledzenia umysłowego u dzieci na podstawie trzech omówionych wcześniej książek.

Tabela 19. Upośledzenie umysłowe u dzieci na podstawie książek: K. Edwards, *Córka opiekuna wspomnień*, D. Terakowska, *Poczwarzka* oraz M. Craig, *Błogosławieństwa*

Objawy z DSM-V	Opis
Deficyty w funkcjonowaniu intelektualnym w sferach planowania, rozwiązywania problemów, myślenia abstrakcyjnego, wnioskowania.	Bohaterowie wszystkich wymienionych książek mają trudności zarówno w sferze planowania (nie są w stanie funkcjonować samodzielnie). Matka jest przerażona, kiedy Phoebe oznajmia, że planuje spotkanie z człowiekiem poznanym w autobusie. Myszka nie potrafi racjonalnie rozwiązać problemu podczas zakupów, Paweł nie rozpoznawał nawet osób z najbliższego otoczenia, nie potrafił samodzielnie wykonać żadnej czynności, nie panował nad czynnościami fizjologicznymi, nie mówił.
Deficyty w przystosowywaniu się, powodujące niepowodzenie w obszarze społeczno-kulturowym, brak umiejętności samodzielnego funkcjonowania, odpowiedzialności za swoje życie, nieradzenie sobie z wymogami otoczenia, nieprzestrzeganie ustalonych norm w danej społeczności, trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych.	Phoebe, Myszka i Paweł są całkowicie zdani na opiekę rodziców/opiekunów. Nie potrafią o siebie zadbać. Zupełnie nie radzą sobie z wymogami otoczenia, nie przestrzegają ustalonych norm odnośnie zachowania. Phoebe usamodzielnia się na tyle, że podejmuje pracę przy obsłudze kserokopiarki, myśli nawet o zamążpójściu, ale zupełnie nie zdaje sobie sprawy z wymogów „życia na własny koszt”. Myszka rozbiera się do naga i zanieczyszcza w miejscu publicznym, Paweł nie nawiązuje relacji interpersonalnych nawet z członkami rodziny.
Wystąpienie deficytów intelektualnych i przystosowawczych w okresie rozwojowym.	Wszystkie dzieci przyszły na świat z wadą genetyczną, obciążoną niepełnosprawnością intelektualną. Phoebe i Marysia (Myszka) urodziły się z Zespołem Downa, przy czym prezentowały różny poziom niepełnosprawności intelektualnej (Myszka głęboki). B. Stratford wyjaśnia, że „zespół Downa nie jest chorobą, lecz częścią naszego bogatego i zróżnicowanego dziedzictwa biologicznego” ²⁰ . Paweł urodził się z gorgolizmem obciążonym również głęboką niepełnosprawnością intelektualną.

Źródło: Badania własne.

20 B. Stratford, *Zespół Downa. Przeszłość. Terażniejszość. Przyszłość*, przeł. E. Zdzienicka, B. Mroziak, Warszawa 1993, s. 13.

4. Zaburzenia ze spektrum schizofrenii

Schizofrenia – film „Solista”, reż. Joe Wright (2009)

W filmie „Solista” ukazano losy Nathaniela Ayers, genialnego wiolonczelisty²¹. Bohater jest studentem Juilliard School of Music w Nowym Jorku. To właśnie w trakcie studiów zaczynają się u niego pierwsze objawy schizofrenii. Wskutek tych okoliczności młody muzyk traci dach nad głową i staje się bezdomny; na życie zarabiał graniem na ulicach. Pewnego dnia, grając na skrzypcach o trzech strunach, spotyka dziennikarza Steve’a Lopeza, który trafnie rozpoznaje trapiącą bohatera dolegliwość i postanawia udzielić mu pomocy. Okazuje się jednak, że Nathaniel nie chce poddać się leczeniu, bojąc się etykiety wariata. Film pokazuje fragmenty z dzieciństwa i młodości Nathaniela. Widać, że choroba zaczęła się u niego podczas studiów, prawdopodobnie w wieku dwudziestu kilku lat. Już w dzieciństwie bohater filmu miał pewne problemy w przystosowaniu społecznym. Nie ma kolegów, ma swój własny świat, angażuje się jedynie w pasję muzyczną. Nie bawi się z rówieśnikami, nie uczestniczy w społecznych wydarzeniach, nie gra w żadne gry sportowe. Ma bardzo silną relację z matką, która traktuje go jako dziecko wyjątkowe. Tę relację z matką można interpretować jako nawiązanie do istniejących w przeszłości podejrzeń, że schizofrenia ma swoje początki w relacjach z rodzicami, szczególnie z matką. Film ukazuje także biologiczne przyczyny choroby Nathaniela. Jej zaczątki objawiają się w dzieciństwie, a choroba na dobre zaczyna się w okresie młodości.

U Nathaniela widać podstawowe pozytywne objawy właściwe dla schizofrenii – są to przede wszystkim urojenia. Bohatera filmu dotyczą szczególnie urojenia wielkościowe. Nathaniel uważa siebie za osobę kluczową w dbaniu o czystość na autostradzie. Równocześnie pojawiają się u niego urojenia brudu. Denerwuje go niedopałek w nowym mieszkaniu, a także niedopałki, które inni rzucają na podłogę w ośrodku dla bezdomnych. Ma urojenia ksobne, gdy uważa, że wszyscy słyszą jego myśli. Pojawiają się one już podczas studiów, w scenie podczas ćwiczeń w Akademii. Występują też u niego urojenia prześladowcze. Nasilają się one w okresie, gdy Lopez stara się go nakłonić do zamieszkania w swoim mieszkaniu.

21 Film „Solista”, reż. Joe Wright, Francja–Stany Zjednoczone–Wielka Brytania 2009.

Pod ich wpływem wybucha agresją po raz pierwszy po ćwiczeniach z nauczycielem z Akademii, zaś po raz drugi w sytuacji, gdy orientuje się, że Lopez dał mu jego diagnozę do podpisania.

Oprócz urojeń Nathaniel ma także halucynacje. Najbardziej narzucają się halucynacje słuchowe: bohater słyszy głosy wołające, zachęcające go do ucieczki; ich wydźwięk często jest dla Nathaniela poniżający. Osobno dręczą go halucynacje wzrokowe – coś na kształt synestezji, gdy doznaje wizji w trakcie koncertu muzyki Ludwiga van Beethovena.

U bohatera filmu wyraźne są również objawy z kręgu dezorganizacji mowy. Zauważalne są takie wykojeżenia mowy, jak sałatka słowna czy różne niepowiązane ze sobą dygresje. Dochodzi do ekspresji luźnych skojarzeń, na bazie których Nathaniel buduje swoje wypowiedzi. Osobnym typem asocjacji są ponadto skojarzenia dźwięczne.

Spośród innych objawów można wymienić zachowania rażąco zdeorganizowane, takie jak ekscentryczny strój lub ogólne niedbanie o swój wygląd. Warto jednak podkreślić niesamowitą kreatywność Nathaniela, jeśli chodzi o ubiór. Prawie nigdy nie wygląda tak samo, wynajduje dosyć barwne i twórcze kreacje, które jakoś go wyrażają.

Negatywne objawy choroby są mniej obecne u bohatera filmu, ale pojawiają się, choć z mniejszą częstotliwością. Występuje m.in. alogia związana z brakiem logiki w wypowiedziach Nathaniela. Bohater nie podejmuje leczenia, co sprawia, że cały czas utrzymuje ostrą fazę choroby. Nie ma u niego okresów remisji, w których częściej pojawiają się objawy negatywne.

Choroba powoduje u Nathaniela zakłócenie funkcjonowania społecznego i odcięcie, izolację społeczną, oraz wpływa na utratę miejsca na uczelni muzycznej. Wszystkie omówione objawy schizofrenii bohatera filmu „Solista” zostały podsumowane w tabeli 20.

Schizofrenia to choroba, która w zasadzie pojawia się jedynie u osób dorosłych lub we wczesnej młodości, ale niekiedy występuje także u dzieci i młodzieży. W następnym podrozdziale analizie i interpretacji poddana zostanie książka, w której dochodzi do podobnej sytuacji, a głównym jej motywem jest schizofrenia młodzieńcza.

Tabela 20. Objawy schizofrenii u Nathaniela Ayers z filmu „Solista” (2009)

Objawy z DSM-5	Opis
<p>Występowanie dwóch lub więcej spośród wymienionych objawów, z których każdy jest obecny przez znaczną część czasu w ciągu miesiąca lub krócej. Musi wystąpić przynajmniej jeden z pierwszych trzech.</p> <p>1. Urojenia</p>	<p>Urojenia wielkościowe – sprzątanie autostrady; Urojenia brudu – denerwuje go jakikolwiek brud, np. rzucane na podłogę niedopalki; Urojenia ksobne – twierdzenie, że wszyscy słyszą jego myśli; Urojenia prześladowcze – widzenie wokół siebie samych prześladowców; zachowania agresywne pod wpływem tych urojeń – atak na Steve’a.</p>
<p>2. Omamy</p>	<p>Halucynacje słuchowe – słyszy wołające go głosy, zachęcające do ucieczki, poniżające go. Nieodróżnianie rzeczywistości od tych głosów; Halucynacje wzrokowe – widzi Beethovena podczas koncertu.</p>
<p>3. Dezorganizacja mowy</p>	<p>Wykolejenie mowy – sałatka słowna, niepowiązane dygresje; Luźne skojarzenia, budowanie na nich wypowiedzi, czasami skojarzenia dźwięczne.</p>
<p>4. Zachowanie rażąco zdeorganizowane lub katatoniczne.</p>	<p>Ekscentryczny ubiór, niedbanie o swój wygląd.</p>
<p>5. Objawy negatywne (np. spłylenie afektywne, awolacja).</p>	<p>Brak logiki w wypowiedziach.</p>
<p>Przez istotną część czasu istnieje zakłócenie jednego lub więcej takich obszarów funkcjonowania, jak praca, związki interpersonalne, troska o siebie.</p>	<p>Odcięcie, izolacja społeczna, utrata miejsca na uczelni muzycznej.</p>
<p>Ciągłe oznaki zakłócenia trwają przynajmniej 6 miesięcy. W tym objawy pozytywne – co najmniej miesiąc (bywa, że trwają krócej, jeśli są skutecznie leczone).</p>	

Źródło: Badania własne.

Schizofrenia młodzieńcza – książka: Lori Schiller, Amanda Bennett, *Cichy pokój. Powrót z szaleństwa i tortury* (1995)

„Choroba psychiczna to nie tylko leki i biologia. Choroba psychiczna to przede wszystkim człowiek” – w taki oto lapidarny sposób wprowadzają czytelnika w zagadnienie choroby psychicznej Lori Schiller oraz Amanda Bennett,

autorki beletrystycznego pamiętnika pt. *Cichy pokój. Powrót z szaleństwa i tortury*, opublikowanego w 1995 roku²².

Poznajemy Lori, gdy ma siedemnaście lat i uczy się w szkole średniej. Jest wtedy wesołą, towarzyską osobą, pełną energii, pomysłów i chęci do kontaktowania się z otoczeniem. Jest ukochaną córką dumnych z niej rodziców. Przed ostatnią i trudną klasą, decydującą o wyborze dalszej ścieżki edukacyjnej, Lori wyjeżdża na obóz letni:

Jesienią miałam rozpocząć ostatnią klasę szkoły średniej. Był to zatem mój ostatni letni obóz. Następnego lata czekały mnie studia, praca, dorosłe życie, odpowiedzialność... wszystko tuż za progiem. Na razie jednak nie byłam przygotowana na nic więcej poza miesiącem wesołej zabawy. A z pewnością nie byłam gotowa na to, że moje życie zmieni się od teraz na zawsze (LS, 19).

Dziewczyna nagle zaczęła słyszeć głosy. Towarzyszyły jej uparcie, zmieniając się w krzyk: „Musisz umrzeć! [...] Umrzesz!” (LS, 23). By się ich pozbyć, przerażona wykonywała różne ćwiczenia fizyczne: skakała na trampolinie, wierząc, że ruchem i aktywnością fizyczną przegoni nieproszone gości. Nie spała, bała się nocy, bo właśnie wtedy głosy atakowały najmocniej. Skakała na trampolinie, krzyczała do nich, starając się je zagłuszyć:

– To nieprawda! – wołałam – Zostawcie mnie w spokoju! To nieprawda!
W końcu i Głosy, i ja z wycieńczenia straciłmy przytomność (LS, 24).

Rano, zmęczona i przestraszona, nie angażowała się w obozowe zajęcia, odsuwała się od koleżanek. Finalnie, zdezorientowane i zmartwione stanem Lori kierownictwo obozu, zdecydowało o odwiezieniu jej do domu. Od tamtego czasu Głosy nigdy już jej nie opuściły; co więcej, załapały jej życie. Dziewczyna „weszła z Głosami w pewien układ” – nikomu nie zdradzała, co dzieje się w jej głowie i co słyszy:

Nie chciałam być wariatką. Wariatów się unika. Ludzie się ich boją. Gorzej, mogą wezwać osobników w białych kitlach, którzy siłą wciskają ich w kaftany bezpieczeństwa i zamykają w domu wariatów. Nigdy nie mogłam dopuścić do tego, by spotkał mnie taki los (LS, 39).

22 L. Schiller, A. Bennett, *Cichy pokój. Powrót z szaleństwa i tortury*, przeł. P. Laskowicz, Warszawa 2014, s. 14. Skrót: LS, numer strony.

Lori zaczyna długą beznadziejną walkę. Z jednej strony toczy bitwy z własnym otoczeniem (bliższym i dalszym, a także z lekarzami), z drugiej zaś – z przedmiotami martwymi:

Musiałam też zacząć ukrywać przed innymi fakt, że odczuwam wrogość otaczających mnie przedmiotów martwych. Kiedyś byłam sama w domu, gdy zadzwonił telefon. Podniosłam słuchawkę, ale po drugiej stronie nikt się nie odzywał. Po chwili zadzwonił znowu. I znowu cisza. I znowu, i znowu, i znowu, i znowu... Za każdym razem ta sama pustka po drugiej stronie linii. Jakaś część mojego umysłu domyślała się, że to kolega z klasy robi dowcipy. Kiedy następnym razem zadzwonił telefon, rzuciłam się do słuchawki i krzyknęłam głośno: „Wiem, że to ty! Wiem, że to ty!”. Ale pozostała część mojego umysłu każała mi skojarzyć głuchy telefon z istnieniem zatrważających Głosów. Dlaczego tak się działo? Czego chciał ode mnie zwykły telefoniczny aparat? Od tamtego czasu bałam się korzystać z telefonu. Ale nikomu nie mogłam powiedzieć dlaczego (LS, 41).

Lori, mimo swojej inteligencji, postrzegала Głosy realnie, nie dopuszczała do siebie myśli, że to tylko podświadomość i chory umysł płatają jej takie „figle”. Życie studenckie rozpoczęło się dla bohaterki w miarę spokojnie. Głosy nie pojawiały się tak często. Gdy jednak ją nawiedzały, Lori pertraktowała z nimi, prosząc, by zostawiły ją w spokoju. Często udawało się dojść do ugody. Po pierwszym zaliczonym semestrze stan Lori zaczął się jednak pogarszać. Głosy pojawiały się coraz częściej i grzmiały coraz donośniej; brzmiały bardzo realistycznie, tak jakby dochodziły gdzieś z zewnątrz.

„Musisz umrzeć, ty kurwo! Umrzesz! Umrzesz! Umrzesz!” – wyły chrapliwie. Napawały mnie trwogą. Rozglądałam się w poszukiwaniu kogoś, kto woła, ale nikogo nie widziałam.

Wyczuwałam, że z każdym dniem narasta we mnie napięcie i nerwowość. Bałam się, że naprawdę mogę umrzeć. Głosy ciągle powtarzały mi, że takie jest moje przeznaczenie (LS, 47).

W kolejnym semestrze nauki Lori wyjeżdża do Hiszpanii. Bardzo dużo energii poświęca na tuszowanie własnych lęków i stanu rozstrojenia, do jakiego doprowadzają ją głosy. Pojawiają się u niej objawy kompulsywne:

Przepuszczałam wszystkie pieniądze, jakie miałam. Swetry, słodczyce, książki, płyty, kasety... kupowałam więcej niż potrzebowałam, i więcej niż mogłam z tego skorzystać. Moje wydatki przekraczały możliwości przeciętnego studenta. Moje myśli pędziły naprzód, wyprzedzały słowa, mało kto rozumiał, co mówię (LS, 51).

Koleżanki podejrzewały Lori o zażywanie narkotyków. Świadczyć o tym miało nienaturalne podniecenie przechodzące stopniowo w obniżenie nastroju. Nikt nie podejrzewał choroby psychicznej. Ale kamuflowanie objawów przychodziło bohaterce z coraz większym trudem, w końcu sięgnęła po tabletki (leki psychotropowe przepisane przez psychiatrę) z zamiarem odebrania sobie życia. Została jednak uratowana. Dziewczyne od czasu do czasu nadzorowała matka:

Z coraz większym niepokojem donosiła o nieopisanym bałaganie w mieszkaniu i niepokoju wyzierającym z oczu naszej córki. Czasami trudno było wytrzymać z nią w jednym pokoju. Chodziła zdenerwowana od ściany do ściany i paliła papierosa za papierosem, aż cały pokój wypełniał się gęstym, duszącym dymem (LS, 80).

Mama Lori, mimo naocznych dowodów na zły stan zdrowia córki, nie dopuszczała do siebie myśli, że to choroba psychiczna. Podobną postawę przyjął ojciec, z zawodu psycholog. Studiując fachową literaturę z psychologii, wyczytał, że

pacjent z poważnymi zaburzeniami umysłowymi prawdopodobnie we wczesnym okresie życia znalazł się pod silną presją albo otrzymywał znoszące się wzajemnie informacje, albo poddany był destruktywnym zachowaniom, najczęściej ze strony rodziców. Taka wiedza mówiła mi, że jeśli Lori rzeczywiście była chora, to ja jestem temu winien. Nie mogłem w to uwierzyć. Nie chciałem w coś takiego wierzyć. Odrzuciłem zatem myśl, że Lori może być w ogóle chora (LS, 81).

A tymczasem Lori, która nie otrzymywała wsparcia od nikogo, targnęła się na swoje życie po raz drugi. I tym razem ją odratowano. Zatrzymana w szpitalu bełkotała nieskładnie, przeklinała, rozbierała się w obecności młodszego brata do naga, szykując się do wyjścia na zewnątrz. Rodzice tym razem nie wyparli ze swej świadomości stanu zdrowia córki, akceptując, że jest poważnie chora. Usiłowali jej pomóc ze wszystkich sił, choć prześladowało ich ciągle poczucie winy. Ojciec Lori dywagował:

To wszystko twoja wina. Lori jest ciężko chora i ty jesteś temu winien. Byłeś za mało czuły. Nigdy nie miałeś dla niej dość czasu. Nigdy nie poświęcałeś jej dość uwagi. Stawiałeś za duże wymagania. Żądałeś od niej zbyt wiele. Sprawiałeś jej ból. Ty. Ty. Ty. Przez moją głowę przesuwało się teraz całe dzieciństwo Lori. Szukałem odpowiedzi. Co zrobiłem? Co zrobiłem? (LS, 86).

Aby podjąć leczenie, należało postawić diagnozę. Lori została więc w szpitalu na badania i obserwację. Niestety, lekarze podali jej leki psychotropowe nie wiedząc dokładnie, o jaką chorobę chodzi, pogarszając w ten sposób jej stan:

Zaledwie parę tygodni po rozpoczęciu leczenia u doktora Kline'a oczy Lori stały się szkliste i puste. Poruszała się jak lunatyk. Przytyła prawie dziesięć kilo. Jej jasną, delikatną cerę pokryły wypryski a błyszczące, kasztanowate włosy w ciągu niemal jednej doby stały się siwe (LS, 108).

Po dwóch miesiącach pobytu w szpitalu, zwiększaniu dawek leków, zastosowaniu serii elektrowstrząsów jedna z lekarek rozmawiających z rodzicami zasugerowała diagnozę:

Ponieważ u Lori występuje zespół głębokich wahań nastrojów połączony z halucynacjami słuchowymi, skłaniamy się do wniosku, że Lori cierpi na zaburzenia schizo-afektywne. [...] To kombinacja dwóch różnych rzeczy. U Lori występują objawy psychozy maniakalno-depresyjnej oraz symptomy schizofrenii (LS, 112–113).

Obecny przy rozmowie lekarz nie pozostawił rodzicom Lori złudzeń:

– Schizofrenia jest bardzo poważną chorobą – powiedział. – Może upłynąć wiele czasu, zanim jej stan się poprawi... o ile w ogóle się poprawi. Myślę, że będzie dobrze, jeśli poznacie państwo prawdę. Lori prawdopodobnie już nigdy nie będzie umiała żyć samodzielnie (LS, 114).

Zdesperowani rodzice, szukając wiedzy na temat choroby, przeczytali, że schizofrenia

to schorzenie mózgu, niedostatek równowagi chemicznej. U chorych na schizofrenię występują halucynacje. Często słyszą oni głosy, które nimi komenderują. Często mają też urojenia, na przykład wydaje im się, że są prorokiem Eliaszem albo Mojżeszem. Schizofrenicy są ciężko chorymi ludźmi. Najczęściej choroba objawia się u młodych, zaczynających dopiero dorosłe życie ludzi. Niekiedy stosowanie leków pozwala zapanować nad halucynacjami. W innych przypadkach lekarstwa nie przynoszą najmniejszego skutku. Bardzo często chorzy na schizofrenię nigdy nie dochodzą do siebie. Niektórzy do śmierci żyją w zakładach zamkniętych (LS, 116).

Dla rodziców dziewczyny był to ciężki szok. Nie mogli się pogodzić z postawioną diagnozą. Łudzili się, że w przypadku ich córki przebieg

choroby nie będzie aż tak ciężki, a zastosowane leczenie okaże się skuteczne i pozwoli Lori na normalne funkcjonowanie. Akceptowali pobyt w szpitalu na oddziale psychiatrycznym, sfinansowali prywatne wizyty u ordynatora oddziału psychiatrii, wierzyli dziewczynie, że czuje się dobrze i że jest gotowa do tego, by żyć w domu. Polegali też na jej obietnicach, że nigdy więcej nie podejmie próby samobójczej. Lori zamieszkała z rodziną, podjęła nawet pracę zarobkową – najpierw w szpitalu, potem w barze. To tam spotkała znajomego, który zaproponował jej narkotyki. Zaczęła je zażywać, przez co odczuwany przez nią niepokój i pojawiające się halucynacje jeszcze się spotęgowały. Kiedy rodzice odkryli nałóg, skierowano dziewczynę na odwyk. Był co prawda skuteczny, ale choroba rozwijała się nadal.

Lori systematycznie trafiała na oddział psychiatryczny. Podawano jej leki, prowadzono terapię, po czym wracała do życia poza szpitalem. W pewnym momencie choroba tak się nasiliła, a Głosy w głowie tak się rozpanoszyły, że dziewczyna stała się agresywna werbalnie i fizycznie. Była wręcz nie do okiełznania. W szpitalu antidotum na to stadium choroby okazał się tzw. „Cichy pokój”:

Po zamknięciu drzwi nie pozostawało już absolutnie nic do roboty. Jeśli byłam jeszcze zdenerwowana, chodziłam po pokoju. Osiem kroków w jedną stronę, osiem w drugą. Gdy byłam spokojniejsza, kładłam się na materacu i rozmyślałam. Czasem zasypiałam.

Najgorsza była samotność. W „Cichym pokoju” nie mogło przebywać dwóch pacjentów naraz. Personel wchodził tam tylko po to, by podać lekarstwa lub zmierzyć tętno. Nawet jeśli udawało mi się tam oderwać od Głosów, to spadało na mnie brzemię głuchej ciszy. Jeśli nie, to zostawałam sama wobec potęgi swoich dręczycieli. [...]

„Cichy pokój” był dla mnie pokojem kary. Podobnie uważały głosy. Naigrywały się ze mnie, szydziły, jak kalumnie ciskały mi w twarz moje ubezwłasnowolnienie. Kiedy tylko uspokajałam się na tyle, by mnie wypuszczono, One zaczynały swoją torturę od nowa. A ja znowu chciałam z nimi skończyć i znowu wpadałam w szal. I ponownie zamykano mnie w „Cichym pokoju” (LS, 220–221).

Z czasem pobytu w odosobnieniu skutkowałą niebywałą wręcz agresją. Lori potrafiła uderzać gołymi rękami w ściany tak, że powstawały w nich dziury, a ręce dziewczyny były poranione do krwi. Wizyty w „Cichym pokoju” stawały się coraz dłuższe. Zaczęło im towarzyszyć zawijanie w zimne prześcieradła, które wcześniej leżały w pojemniku z wodą i kostkami lodu:

Odkryte miałam tylko stopy, szyję i głowę. Kiedy w końcu wszyscy odeszli, byłam bezsilna. Zostawała ze mną tylko jedna osoba ze szpitalnego personelu.

Śmiałam się histerycznie, ale nie było w tym nic śmiesznego. Było mi zimno. Lodowato zimno. Zęby dzwoniły mi w szale, jakby to przemawiały głosy. Miałam za chwilę umrzeć w lodowatych dreszczach, arktyczną śmiercią, a zimne Głosy zaniosą się nade mną ostatnim lodowatym śmiechem. Całe moje ciało było zamrożone na kość (LS, 230).

Kiedy żadna stosowana metoda leczenia nie przynosiła oczekiwanych rezultatów, a lekarze z wolna dawali za wygraną, Lori powoli zaczynała rozumieć, że jest poważnie chora. Zaczęła z lekarzami rozmawiać o tym, co słyszy i co przeżywa. Zreflektowała się, że Głosy tkwiące w jej głowie mają ścisły związek z emocjami, które przeżywa. Zachowania destrukcyjne, próby samobójcze, agresja traktowane były przez otoczenie jako sposób manipulowania nim przez chorą. To był poważny błąd w myśleniu i postrzeganiu Lori. Ona była pod wpływem potężnych emocji, a jej mózg nie funkcjonował prawidłowo. Lekarka, która zrozumiała naturę jej choroby, tak naprawdę uratowała Lori, ponieważ gdy postawiono trafną diagnozę, można było rozpocząć leczenie. Lori podano lek nowej generacji, dedykowany właśnie chorym na schizofrenię – Clorazil. W sumie dziennie Lori musiała przyjmować aż 26 różnych lekarstw, ale zastosowana mieszanka zaczęła działać, umożliwiając dziewczynie powrót do relatywnie normalnego życia. Po wyjściu ze szpitala zamieszkała samodzielnie, podjęła pracę, marzyła o założeniu rodziny. Chciała mieć męża i dzieci, chociaż zdawała sobie sprawę z niebezpieczeństwa dziedziczenia choroby. Swoją odziedziczyła bowiem po babci – mamie swojej ukochanej mamy. Ostatecznie do takich wniosków doszła właśnie matka Lori:

Otóż uświadomiłam sobie, że w swoim życiu widziałam już takie spojrzenie. Nie w oczach Lori. Nie. Te puste oczy, do których sięgała teraz moja pamięć były znacznie starsze od oczu Lori. Widziałam je przez całe swoje dzieciństwo... pełne żalu, odległe, nieobecne, wszystkowiedzące, dumne, wyniosłe, pochłonięte czymś zupełnie innym... To były oczy mojej matki (LS, 128).

Wszystkie objawy schizofrenii młodzieńczej, które dotknęły Lori, zostały zestawione w tabeli 21.

Tabela 21. Objawy schizofrenii młodzieńczej u Lori, bohaterki powieści *Cichy pokój*

Objawy z DSM-5	Opis
Występowanie dwóch lub więcej spośród wymienionych objawów, z których każdy jest obecny przez znaczną część czasu w ciągu miesiąca lub krócej. Musi wystąpić przynajmniej jeden z pierwszych trzech. 1. Urojenia	Urojenia ksbne – twierdzenie, że wszyscy słyszą jej myśli; Urojenia prześladowcze – widzenie wokół siebie samych prześladowców, zachowania agresywne pod wpływem tych urojeń.
2. Omamy	Halucynacje słuchowe – słyszy wołające ją głosy, poniżające ją, wykrzykujące pod jej adresem bluźnierstwa, używające wulgaryzmów. Nieodróżnianie rzeczywistości od tych głosów.
3. Dezorganizacja mowy	Wykolejenie mowy – salatka słowna, niepowiązane dygresje; Luźne skojarzenia, budowanie na nich wypowiedzi, czasami skojarzenia dźwięczne.
4. Zachowanie rażąco zdeorganizowane lub katatoniczne.	Ekscentryczny ubiór, niedbanie o swój wygląd, niechlujny wygląd, nieadekwatny do pory roku.
5. Objawy negatywne (np. spłylenie afektywne, awolacja).	Brak logiki w wypowiedziach, mimo posiadanej inteligencji, zupełne nie radzenie sobie z nauką, ogromne kłopoty z pamięcią, konieczność przerywania studiów.
Przez istotną część czasu istnieje zakłócenie jednego lub więcej takich obszarów funkcjonowania, jak praca, związki interpersonalne, troska o siebie.	Odcięcie, izolacja społeczna, rozstanie z przyjaciółkami, utrata miejsca na prestiżowej uczelni.
Ciągłe oznaki zakłócenia trwają przynajmniej 6 miesięcy. Co najmniej miesiąc w tym objawy pozytywne (mogą trwać krócej, jeśli są skutecznie leczone).	Choroba trwała u Lori kilka lat – trudności z prawidłową diagnozą; brak zaufania do lekarzy ze strony rodziców (ojca psychologa), wypieranie, podejmowanie nieskutecznej terapii, porzucane terapii.

Źródło: Badania własne.

5. Zaburzenia nastroju

Książka: Bebe Moore Campbell, *Podwójne życie mojej córki* (2007)

Przykładem powieści, w której głównym motywem są zaburzenia nastroju, dotyczącej dorastającą dziewczynę, jest książka Bebe Moore Campbell pt. *Podwójne życie mojej córki*, opublikowana w 2007 roku²³.

23 B.M. Campbell, *Podwójne życie mojej córki*, przeł. A. Gralak, Kraków 2007. Korzystamy z wydania e-book w formacie PDF, dlatego też numery stron w wersji papierowej i elektronicznej mogą się różnić. Skrót: BMC, numer strony.

To wzruszająca historia matki, która walczy o zdrowie i „normalne” życie dla swojej nastoletniej córki. Gdy poznajemy bohaterki, Trina, czyli córka Keri, kończy 18 lat. Jest miła, uległa, chętnie wyraża uczucia wobec mamy. I jak zwykle w powieściach tego rzędu gatunkowego staje się rzecz niespodziewana przez nikogo – obraz spokojnego, kochającego dziecka ulatuje. Trina zaczyna zachowywać się nieadekwatnie, agresywnie, a każdą zmianę zachowania zapowiada często niewinna zmiana tembru głosu:

Znowu ten dziecięcy głosik. Zachowanie mojej córki bardziej pasowało do przedszkolaka niż osoby, która ma pełne prawo robić to, co tylko zechce, bez mojego pozwolenia (BMC, 13).

Rozwiedziony z matką ojciec, od dłuższego czasu nieobecny w życiu rodziny, nie dopuszcza do siebie myśli, że córka może być chora; winą za jej społeczne zachowania obarcza narkotyki:

– Z jej głową jest wszystko w porządku, Keri. Palila za dużo trawy i dostała paranoi, to wszystko. A ty wsadzasz ją do szpitala psychiatrycznego, jak gdyby była jakąś wariatką.

– U twojej córki zdiagnozowano chorobę psychiczną.

Clyde odchrząknął i zakrztusił się. – Nie wierzę w te brednie. Połowa z tych lekarzy nie ma pojęcia, o czym w ogóle mówi (BMC, 26).

Keri zostaje z problemem sama. Czuwa nad przyjmowaniem leków przez córkę. Kontrolowana przez nią regularność w ich zażywaniu sprawia, że od pięciu miesięcy można mówić o względnym spokoju. To rozbudza nadzieje:

Jesienią pójdzie do college’u, potem skończy naukę, zdobędzie wspaniałą pracę i pozna milego faceta, wyrozumiałego i przebojowego. Wszystko będzie dobrze (BMC, 30).

Niestety ten scenariusz nie ma szans na realizację. Zachowanie Triny przypomina pobyt na huśtawce – po dniach, a nawet tygodniach pełnych miłości, czułości i nadziei przychodzą dni, z którymi Keri nie potrafi sobie poradzić:

Pani córka jest dwubiegunowa. To zaburzenie znane również jako psychoza maniakalno-depresyjna – powiedział lekarz w drugim szpitalu, do jakiego trafiła Trina. To było w UCLA, zeszłego sierpnia, na tydzień przed jej planowanym wyjazdem na Uniwersytet Browna. Zawiozłam ją tam po tym, kiedy zaczęła mówić, że jestem diablicą, która ukradła ją prawdziwej matce (BMC, 34).

Trina nie potrafi zapanować nad swoim zachowaniem. W pewnym momencie zaczyna przeraźliwie hałasować, głośno puszczać muzykę, kompulsywnie dzwonić przez telefon:

Tamtej sierpniowej nocy sprawiała wrażenie, jakby unosił ją prąd onirycznej energii, który przenikał każde jej słowo. Około czwartej nad ranem obudziłam się i usłyszałam tupanie, trzaskanie drzwiczkami kuchennych szafek, płynącą w jej pokoju muzykę i zdecydowanie zbyt donośne głosy z telewizora. Zaczęła wydzwaniać do ludzi i przeprowadziła dziesiątki chaotycznych rozmów, jedna po drugiej, jak gdyby bała się, że połączenie zostanie przerwane. Potem rozległo się głośne tupanie, kiedy zbiegała tylnymi schodami do kuchni, a następnie znowu usłyszałam trzaskanie drzwiczkami, odgłosy otwierania i zamykania szuflad, szafek, lodówki. Po chwili poczułam zapach jedzenia. Na dole zastałam dziesięć piętrzących się na talerzu zimnych naleśników, uginających się pod ciężarem syropu i masła (BMC, 37).

Dziewczyna traci poczucie pewnych umownych norm społecznych. Wychodząc z domu wieczorem, ubiera się dziwnie, ma na twarzy karnewałowy make-up, opryskuje włosy sprayem, a co najbardziej zadziwiająco – goli sobie brwi:

Trina miała na sobie mikroskopijną spódniczkę z czerwonej skóry, białą bluzkę, a pod spodem czarny stanik, którego nigdy wcześniej nie widziałam. Jednak najbardziej zaparło mi dech w piersiach na widok wojennych barw na jej twarzy. Jej śliczne usta były krechą opalizującej bieli. Powieki dużych, jasnych oczu pokrywała jaskrawa zieleń. Wysokie kości policzkowe podkreśliła ceglastym różem. Zgoliła brwi, a w ich miejscu narysowała dwa czarne półksiężycy. W jej włosach widać było smugi różowej farby w sprayu (BMC, 37–38).

W parze z wyzywającym, wulgarnym wyglądem szły również liczne wulgarne słowa adresowane zarówno do matki, jak i jej przyjaciela – gościa domu. Obydwoje myśleli, że dziewczyna jest pod wpływem narkotyków. Problemem dla matki okazuje się to, że córka odmawia przyjmowania leków, które mogłyby umożliwić jej w miarę normalne życie:

Podczas pobytu w szpitalu Trina brała tabletki. Bez przerwy spała i w ciągu tygodnia przytyła pięć kilo. [...] Po wyjściu ze szpitala brała tabletki sporadycznie, a potem w ogóle przestała. Pod koniec października wylądowała w szpitalu po raz trzeci (BMC, 43).

Matka, mimo postawionej diagnozy i jaskrawo widocznych objawów, do końca nie chce uwierzyć, że córka jest chora psychicznie. Tli się w niej

iskierka nadziei, że może były mąż ma rację, a problemem w istocie są narkotyki. Indaguje lekarzy, skąd taka choroba u jej córki, skoro obydwój z mężem są zdrowi:

[Lekarz] wzruszył ramionami. – Nie ma tu żadnej przyczyny. Czasami pojawiają się czynniki, które wyzwalają chorobę. Narkotyki. Alkohol. Traumatyczne doświadczenia. To, że pani i pani mąż jesteście zdrowi, wcale nie oznacza, że zaburzenie dwubiegunowe nie występowało w waszych rodzinach (BMC, 42).

Nadzieja w Keri umarła, ale jednocześnie wzrosła jej determinacja. Odtąd wszystkie wysiłki skupia, by wyleczyć córkę. Trina obiecuje matce, że będzie przyjmować lekarstwa:

– Już nie chcę być wariatką – oznajmiła, kiedy wypuszczono ją ze szpitala. – Mam tego dosyć. Będę brać leki. Nie będę palić trawy ani pić alkoholu. Powiedzieli mi, że Weitz Center prowadzi pewien program. Pójdę tam (BMC, 47).

Niestety, Trinie nie udało się wytrwać w żadnym z postanowień – ani nie brała regularnie leków, ani nie wytrwała w programie, na który się zapisała. Sięgnęła także po narkotyki i alkohol. Matka wierzyła jednak w możliwość wyleczenia dziewczyny. Bezustannie „karmiła się” różnymi „filozofiami” głoszonymi przez specjalistów, znajomych czy w końcu innych rodziców chorych nastolatków, z którymi spotykała się w grupie wsparcia:

Rosyjski psycholog powiedział mi, że ludzie chorzy psychicznie mają nawroty i odstawiają lekarstwa, ponieważ nie są gotowi na odpowiedzialność, jaką niesie ze sobą bycie zdrowym. Poradził, abym nie oczekiwała od razu zbyt wiele (BMC, 80).

Keri bardzo kocha córkę. Wierzy, że Trina doceni tę miłość i w końcu zacznie się leczyć, wytrwa w postanowieniach. Kiedy tak się nie dzieje, a Trina trafia za kradzież do więzienia, a później kolejny raz do szpitala na oddział zamknięty, Keri próbuje znaleźć winę w sobie: „Gdziepopełniłambłąd?gdziepopełniłambłąd?gdziepopełniłambłąd?” (BMC, 121).

Bohaterka usiłuje odpowiedzieć sobie na to pytanie, biorąc na siebie winę. Jest tak zdesperowana, że szuka najróżniejszych przyczyn, wypomina sobie np. to, że piła za dużo kawy w trakcie ciąży lub że wypaliła skręta:

Lista możliwości była równie nieskończona jak kac po tanim winie. Czy na pewno wypaliłam ostatniego papierosa co najmniej pół roku przed poczęciem Triny – tak jak lubiłam pamiętać – czy może w chwili zapłodnienia nikotyna nadal krążyła w moim organizmie? Zapomnij o nikotynie. Pomyśl lepiej o skrętach, które tak bardzo lubiłaś czasem zapalić. Czy potrafię sobie przypomnieć mój ostatni odlot? Dlaczego nie byłam w stanie odstawić kawy w czasie ciąży? Może właśnie tamte przyplwy kofeiny obdarowały mnie nerwowym dzieckiem, które później zmieniło się w...? Pytania rodziły kolejne pytania, a mój masochizm eskalował brutalność. Dlaczego tak cholernie spieszyło mi się do pracy po urodzeniu Triny? Dlaczego nie zostałam z córką w domu do chwili jej piątych, szóstych, dziesiątych, osiemnastych urodzin? Jak dobrze znałam jej opiekunki? Która z nich dawała jej lanie, zamykała w szafie, dotykała intymnych miejsc? (BMC, 122).

Keri wykazuje zachowanie typowe dla rodziców dzieci chorych i niepełnosprawnych, którzy szukają winy przede wszystkim w sobie. W dalszej części książki autorka pokazuje czytelnikowi, w jaki sposób Keri dojrzewa do sytuacji i powoli ją akceptuje. Taka postawa jest konieczna, by móc skupić wszelkie wysiłki, aby pomóc własnemu dziecku. Matka zaczyna wykazywać postawę tzw. „zażywnego” rodzica. Ta postawa opisywana jest czynnie w literaturze w odniesieniu do rodziców dzieci niepełnosprawnych; polega przede wszystkim na włączaniu rodziców w proces terapeutyczny, a tym samym w proces leczenia, nawet jeśli samo dziecko protestuje, oskarża i się na to nie zgadza.

Keri w tej sytuacji zabiega o status opiekuna prawnego dla pełnoletniej już przecież córki; stara się, by umieszczono Trinę w szpitalu psychiatrycznym oraz by została objęta leczeniem długoterminowym. Liczy, że wtedy dziewczyna nie będzie zagrażała otoczeniu oraz będzie przyjmowała regularnie leki i zostanie odcięta od narkotyków i alkoholu. Niestety, w systemie prawnym Stanów Zjednoczonych takie rozwiązania nie są możliwe. Keri decyduje się więc na inną formę leczenia. Zwraca się do tajemniczych uzdrowicieli, którzy w miejscach odosobnienia podejmują się leczenia osób chorych psychicznie. Wydaje się, że krok matki graniczy z desperacją, ponieważ ten tryb leczenia opiera się na bezprawnym przymusie:

Umieszczamy chorą osobę w bezpiecznym miejscu: w n a s y m bezpiecznym miejscu. Kiedy już tam dotrze, rodzic wyjeżdża, a my przejmujemy kontrolę nad leczeniem. [...] – To, co robimy, jest sprzeczne z prawem. Czasami w grę wchodzi porwanie. To nie jest zadanie dla ludzi słabych i nie dajemy żadnych gwarancji (BMC, 220).

Tajemniczy uzdrowiciele tłumaczą Keri, jakie metody lecznicze stosują:

Wpajamy pacjentom uległość wobec leków. W większości przypadków to klucz do owocnego życia. Staramy się jednak przepisywać najniższe dawki w celu zminimalizowania przyrostu wagi i innych skutków ubocznych. Stosujemy również szeroką gamę metod alternatywnych, w tym akupunkturę, homeopatie, ćwiczenia fizyczne, medytację oraz odpowiednia dietę (BMC, 222).

Tabela 22. Objawy zaburzeń nastroju u Triny z książki: B.M. Campbell, *Podwójne życie mojej córki*

Objawy ICD-10	Opis
Łagodne wzmoczenie nastroju (przez okres co najmniej kilku dni).	Trina po okresach „względnie” spokoju, dobrego nastroju i pozytywnego nastawienia do otoczenia zaczyna przejawiać pogorszenie nastroju. Pierwszym krokiem jest zmiana tembru głosu; kolejne objawy pojawiają się natomiast lawinowo.
Zwiększona energia i aktywność.	„Tamtej sierpniowej nocy sprawiała wrażenie, jakby unosił ją prąd onirycznej energii, który przenikał każde jej słowo. Około czwartej nad ranem obudziłam się i usłyszałam tupanie, trzaskanie drzwiczkami kuchennych szafek, płynącą w jej pokoju muzykę i zdecydowanie zbyt donośne głosy z telewizora. Zaczęła wydzwaniać do ludzi i przeprowadziła dziesiątki chaotycznych rozmów, jedna po drugiej, jak gdyby bała się, że połączenie zostanie przerwane. Potem rozległo się głośnie tupanie, kiedy zbiegała tylnymi schodami do kuchni, a następnie znowu usłyszałam trzaskanie drzwiczkami, odgłosy otwierania i zamykania szuflad, szafek, lodówki. Po chwili poczułam zapach jedzenia. Na dole zastałam dziesięć piętrzących się na talerzu zimnych naleśników, uginających się pod ciężarem syropu i masła”.
Wyraźnie dobre samopoczucie dotyczące zarówno fizycznej, jak i psychicznej sprawności.	W parze z wyzywającym, wulgarnym wyglądem szły również liczne wulgarne słowa adresowane zarówno do matki, jak i jej przyjaciela – gościa domu.
Zwiększona liczba kontaktów z otoczeniem, gadatliwość, spoufalanie się, wzmoczenie popędu seksualnego, zmniejszona potrzeba snu.	Nocami Trina wydzwania do wielu osób, spoufala się z nimi, „flirtuje”.
Drażliwość, zaręczliwość, zachowanie prostackie.	Wulgaryzmy pod adresem matki i jej przyjaciela, a także wulgarny, wyzywający strój.

Źródło: Badania własne.

Program ostatecznie zawiódł, ponieważ Trina dokonuje ucieczki podczas kolejnej podróży w nowe, nieznanne miejsce. Ostatecznie dziewczyna trafia do szpitala, a potem do ośrodka pobytu dziennego. Każda kolejna

wizyta w ośrodku zamkniętym sprawia, że Trina odczuwa coraz większą wrogość wobec matki. Chce wrócić do domu i okłamuje ją, że tym razem na pewno podejmie się leczenia, ale Keri nie daje jej wiary. Finalnie Trina wraca do tzw. domu patchworkowego. Mieszka razem z Orlando, przyjacielem mamy, oraz z jego nastoletnim synem, a także Emmą, swoją babcią, dotąd nieobecną dotychczas w jej życiu z powodu alkoholizmu i „zaszłości” wobec matki. Keri mimo wszystko zdaje się godzić z myślą, że ma chore dziecko i że poniosła porażkę, ponieważ Triny nie udało się wyleczyć

Wszystkie objawy zaburzeń nastroju u bohaterki omawianej wyżej powieści zostały podsumowane w tabeli 22.

6. Zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsywne, związane z traumą i stresem, oraz dysocjacyjne

Zaburzenia lękowe należą do najczęściej pojawiających się nieprawidłowości. W niniejszym rozdziale na przykładach literackich i filmowych zaprezentowane zostaną kolejno zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia związane z traumą i stresem, a także zaburzenia dysocjacyjne. W pierwszej kolejności omówione zostaną dzieła literackie, a konkretnie powieści takich autorek, jak Alice Sebold, Cathy Glass, Jodi Picoult oraz Kristin Hannah. W dalszej kolejności interpretacji poddane zostaną kolejno jeden odcinek serialu „Dom” w reżyserii Jana Łomnickiego, a także film pełnometrażowy „Droga do zapomnienia” w reżyserii Jonathana Teplitzky’ego, nakręcony w 2013 roku.

Zaburzenie ostrego stresu ASD – książka: Alice Sebold, *Szczęściara* (2004)

Przykładem dzieła literackiego, w którym czytelnik może przekonać się, czym jest ASD, czyli ostry stres, jest powieść *Szczęściara* autorstwa Alice Sebold²⁴. Imię głównej bohaterki i autorki jest takie samo nie bez przyczyny. Powieść została bowiem napisana przez osobę, którą w sposób

24 Zob. A. Sebold, *Szczęściara*, przeł. M. Grabowska, Warszawa 2004. Skrót: AS, numer strony.

brutalny zgwałcono na kampusie uniwersyteckim. Akcja opowieści kręci się wokół przeżyć autorki-bohaterki, począwszy od dnia gwałtu, a skończywszy na chwili ujęcia sprawcy gwałtu. Przeżycia bohaterki związane z tzw. pierwszym szokiem są w powieści bardzo wyraźne. Opisy tych stanów emocjonalnych są na tyle dokładne, że dość dobrze odpowiadają naukowym ujęciom syndromu ostrego stresu posttraumatycznego (ASD). W książce możemy prześledzić, jak przebiegała cała historia bohaterki, a zwłaszcza jakich doświadczyła objawów. Niektóre z nich można zakwalifikować także jako PTSD, czyli właściwe zaburzenia posttraumatyczne, ale w tym podrozdziale ominiemy ten wątek, skupiając się wyłącznie na objawach ASD. Szczególnie mocno wyraźne w przypadku Alice są objawy dysocjacyjne, które najczęściej wiąże się z poczuciem odrętwienia:

Kiedy znalazłam się w środku i popędziliśmy z rykiem syren do szpitala, odpuściłam sobie. Schowałam się gdzieś głęboko, skulona wewnątrz własnego ciała, odgradzona od tego, co działo się wokół (AS, 7).

Jej dalsze przeżycia można zaliczyć do tego, co nazywamy odrealnieniem:

Nie potrafiłam ogarnąć myślą nadchodzących dni i tygodni. Potrafiłam skupić się tylko na upływających minutach, w nadziei, że każda następna okaże się lepsza, że wszystko stopniowo przejdzie. [...] Na zdjęciach wykonanych „potem” przez policję jestem w szoku. Słowo „szok” oznacza w tym miejscu, że byłam właściwie nieobecna (AS, 19, 25).

Życie Alice zostało rozdarte. W języku fachowym mówimy, że dokonała się w jej psychice dysocjacja, czyli rozdzielenie: „Moje życie dobiegło końca. Moje życie dopiero się zaczynało” (AS, 36).

Co więcej, Alice nie potrafi się odnaleźć w nowej rzeczywistości. Od tej pory bowiem gwałt staje się zasadniczym odniesieniem dla jej wszystkich kolejnych przeżyć. Jest punktem zwrotnym w jej pojmowaniu świata. Staje się miarą jej wszystkich dalszych niepowodzeń. Odbija się to zwłaszcza na relacjach z bliskimi, m.in. z siostrą:

Mary mu się podoba, bo nie została zgwałcona! – wtrąciłam, ujawniając swoją obecność. – Co ty mówisz, Alice! – oburzyła się matka. – To miły chłopak, ale żaden miły chłopak mnie nie zechce. Siostrze odebrało mowę. Zgasiłam ją jak świeczkę. Była taka uradowana i zasługiwała na tę radość. Przez tydzień po powrocie do domu prawie cały czas siedziała zamknięta w swoim pokoju, samotna i odizolowana od gwaru codziennego życia. – Ali-

ce, to nieprawda – zaopnowała matka. – Ależ tak, to prawda. Szkoda, że nie widziałas, jak Jonathan na mnie patrzył. Nie umiał sobie z tym poradzić (AS, 78).

Wśród objawów dysocjacyjnych szczególnie silne są tzw. *flashbacki*, czyli powroty całych fragmentów „sceny” przeżytego gwałtu, do których dochodziło w najmniej oczekiwanych momentach, np. podczas kąpieli, w której pomaga Alice koleżanka:

Sięgnęła przez wodę po dużą, kanciastą kostkę mydła. Przeciągnęła nią po moich plecach – nic, tylko dotknięcie mydła. Poczułam słowa gwałciela „najgorsza dziwka”, tak jak miałam je czuć przez długie lata, rozbierając się przed innymi ludźmi. – Już nie trzeba – powiedziałam. Nie mogłam nawet patrzeć na Tree. – Sama to zrobię. Odlóż mydło (AS, 23).

Innym przykładem takich wracających wspomnień jest pierwszy zjedzony posiłek po doświadczeniu gwałtu:

Nic nie jadłam od poprzedniego wieczoru – od rodzynek w domu Kena Childsa. Patrząc na bajgle i pączki, przypominało mi się, co ostatnio miałam w ustach – penis gwałciela (AS, 29).

Przeżycie odrealnienia wyraźne jest zwłaszcza w sytuacjach, kiedy Alice opowiada o przeżyciu gwałtu swojemu chłopakowi:

Opowiedziałam tyle, ile dałam radę. Chciałam opowiedzieć wszystkie szczegóły, ale nie mogłam. Redagowałam po drodze moją opowieść, zatrzymując się na ślepych zakrętach, gdy czułam, że jestem bliska załamania. Trzymałam się jednego wątku narracji. Nie rozwoździłam się na temat tego, co czułam, mając w ustach język gwałciela albo gdy musiałam odwzajemnić pocałunek. Steve słuchał z wielką uwagą, a jednocześnie z obrzydzeniem. Oto rozgrywało się przed nim przedstawienie na żywo, prawdziwa tragedia, namacalny dramat, z jakim nie zetknął się w książkach (AS, 90).

Odrealnienie Alice należy wiązać z reakcją obronną przed wspomnieniem straszliwych przeżyć. Bohaterka musi się odciąć od tego, do czego doszło, albowiem tylko w taki sposób jest w stanie wrócić do normalności i jakoś żyć. To był pierwszy etap uwalniania się od traumy. Po dłuższym czasie natomiast to właśnie opowiedzenie o tym, co ją spotkało, okazuje się sposobem na wyzwolenie się z bólu. Alice musiała po prostu znaleźć godnego zaufania powiernika swych wspomnień, którą okazała się jej nauczycielka:

– Porozmawiajmy o twoim wierszu, Alice – zaproponowała. Skończyło się na tym, że opowiedziałam jej swoją historię. Słuchała uważnie. Nie była zaskoczona, zaszokowana ani nie przestraszyła się studentki z problemami. Nie okazała mi wtedy kobiecego współczucia ani macierzyńskiej troski, chociaż później owszem. Była rzeczowa, kiwała głową ze zrozumieniem. Wsluchiwała się w ból kryjący się za słowami, nie tylko w samą opowieść. Intuicyjnie wyczuwała, co to wszystko dla mnie znaczy, co jest dla mnie najważniejsze, co może wyłowić z tej płataniny przeżyć i pragnień, żeby mi potem pomóc (AS, 113).

W powieści uważny czytelnik może odnaleźć jeden z najbardziej dramatycznych objawów zespołu posttraumatycznego, a mianowicie duże problemy z przeżywaniem takich uczuć, jak radość czy też miłość do drugiej osoby. Alice ma wrażenie, że od momentu doświadczenia gwałtu jego sprawca jest cały czas obecny w jej życiu i mimowolnie niszczy każdą jego dobrą chwilę:

Wtedy po raz pierwszy uzmysłowiałam sobie coś, z czym miałam się borykać przez wiele lat. Otóż nie dziełem swojego życia z chłopcami i dziewczętami, z którymi dorastałam, ani ze studentami, z którymi studiowałam w Syracuse, ani nawet z przyjaciółmi i z ludźmi, których potem poznałam. Dziełem swoje życie z gwałtciem. Jest mężem mojego losu (AS, 60).

Reakcją obronną Alice jest wyparcie ze świadomości wszystkiego, co się wtedy stało:

Leżałam nieruchomo i oddychałam płytko. Demerol działał silnie uspokajająco, ale przeciwstawiłam się mu, bo byłam brudna. Czułam klucie i palenie na całej skórze. Chciałam zmyć z siebie tamtego mężczyznę. Chciałam wziąć prysznic i wyszorować się tak, aż zedrze naskórek (AS, 20).

Bohaterka cierpi na nieustanne uczucie strachu. Każdego spotkanego mężczyznę postrzega jako potencjalnego gwałtciem, choć jednocześnie zachowuje świadomość, że przecież w ten sposób pochopnie osądza drugiego człowieka:

Wiedziałam, że nie zgwałcił mnie żaden z tych starszków. Ani ten wysoki Murzyn w zielonym garniturze, siedzący na ławce na stacji autobusowej. Ale wciąż się bałam (AS, 59).

Nadmierny strach połączony z problemami z koncentracją wywołanymi przerażeniem widać wyraźnie w sytuacji, gdy Alice przychodzi,

aby rozpoznać i wskazać na komisariacie swojego oprawcę. W rezultacie wskazuje nie tę osobę, co trzeba:

Chwyciły mnie mdłości. Zaczęłam chodzić w tę i z powrotem między stołem konferencyjnym a rzędem krzeseł pod ścianą. W gardle zupełnie mi zaschło. Właśnie wtedy nabrałam przekonania, że wybrałam niewłaściwego mężczyznę. Powiedziałam sobie, że postąpiłam pod wpływem impulsu, że za krótko przyglądałam się obu okazym, nie zastanawiając się nad przyjętymi przez nich pozami. Tak bardzo chciałam mieć to już za sobą, że nie zachowałam należytej staranności. Od dziecka wytykali mi tę wadę rodzice – że za bardzo się śpieszę, postępuję pochopnie, bez zastanowienia (AS, 160).

Alice usiłuje sobie wytłumaczyć ten błąd swoim własnym charakterem, tj. tendencją do nonszalancji i pośpiechu. Tymczasem prawda jest bardziej złożona: duże znaczenie w błędnym wskazaniu sprawcy było jego zachowanie, które przeraziło ją do tego stopnia, że sparaliżowało jej zdolność odpowiedniej reakcji. Wszystkie objawy ASD, które pojawiają się w powieści i które wyżej omówiliśmy, zostały podsumowane w tabeli 23.

Tabela 23. Objawy ostrego stresu pourazowego (ASD) z książki A. Sebold, *Szczęściara*

Objawy w DSM-5	Opisy
Osoba została narażona na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualną na jeden ze sposobów: 1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia. 2. Bycie naocznym świadkiem traumatycznych wydarzeń. 3. Uzyskanie informacji, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel doświadczył traumatycznego przeżycia. 4. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego traumatycznego wydarzenia.	Bohaterka książki doświadcza gwałtu na terenie kampusu uniwersyteckiego.
Natrętne wspomnienia lub koszmary.	
Doświadczenia dysocjacyjne, np. <i>flashback</i> , lub poczucie odrealnienia.	Przeżywanie wciąż na nowo gwałtu. Wspomnienia wracają podczas kąpieli, podczas jedzenia. Bohaterka ma poczucie, jakby jej życie zostało podzielone na czas przed i po gwałcie. Nie potrafi funkcjonować w zwyczajnej rzeczywistości. Czuje się gorsza, inna niż np. własna siostra. Po gwałcie przeżywa odrealnienie, opowiada o nim w taki sposób, jakby odcinała się od własnych przeżyć.

Niezdolność do przeżywania radości lub miłości do drugiej osoby.	Alice ma poczucie, jakby nie potrafiła już żyć sama bez cienia sprawcy za plecami, który niszczy wszelką możliwą radość z życia.
Amnezja dotycząca aspektów doświadczenia.	
Podjęmowanie prób unikania bodźców przypominających o wydarzeniu.	
Wypieranie myśli lub wspomnień ze świadomości.	Stara się unikać wszelkich bodźców przypominających gwałt, nie chce o nim myśleć, wypiera wspomnienia.
Nadmierne pobudzenie: drażliwość, nadmierna czujność, problemy z koncentracją, bezsenność, silna reakcja przestrochu.	Bohaterka wciąż się boi. W sytuacji, gdy ma rozpoznać sprawcę, ze strachu wskazuje niewłaściwą osobę.

Źródło: Badania własne.

Ostre zaburzenie posttraumatyczne pojawia się najczęściej do miesiąca od doświadczenia traumy. Wszystko, co wystąpi po tym czasie, diagnozuje się już jako PTSD. Temu właśnie przypadkowi zostaną poświęcone kolejne podrozdziały.

7. Zaburzenie posttraumatyczne PTSD

PTSD i zaburzenia dysocjacyjne u dzieci – książka: Cathy Glass, *Skrzywdzona* (2007)

O powieści pt. *Skrzywdzona* mówiliśmy już wcześniej przy opisywaniu zaburzeń zachowania²⁵. Warto jednak wrócić do kolei losu głównej bohaterki, Jodie, by na literackim przykładzie pokazać, w jaki sposób sztuka portretuje zaburzenia dysocjacyjne oraz PTSD. Przypomnijmy, że Jodie to dziecko, które doświadczyło w swym życiu strasznej przemocy – zarówno fizycznej, jak i seksualnej. Spowodowało to pojawienie się u niej objawów dysocjacyjnych. Pod ich wpływem dziewczynka wykazuje tendencję do między innymi zachowań samouszkodzeniowych:

Niczym w transie Jodie podniosła powoli ręce i pokazała mi wnętrza dłoni. Były umazane krwią, ale wciąż nie widziałam żadnego śladu zranienia. Podciągnęłam rękawy jej piżamy

25 Zob. C. Glass, *Skrzywdzona*, przeł. M. Osip-Pokrywka, Warszawa 2007. Skrót: CG, numer strony.

i wtedy zobaczyłam. Miała na lewym przedramieniu przecięcie długości około dwóch centymetrów, z którego wolno sączyła się krew (CG, 20).

Gdy Jodie dostaje napadów stresu, usiłuje poradzić sobie z tym za pomocą samookaleczeń:

[Jodie] wrzasnęła przeciągle, potem upadła na kolana i zaczęła ze złości okładać się po twarzy i głowie. Koniecznie chciała sobie zrobić krzywdę. Gdy waliła się pięściami po głowie, uklęknłam za nią, objęłam ją w pól i skrzyżowałam jej ręce na klatce (CG, 22).

Niepożądane doświadczenia seksualne i molestowanie, którego dokonywano na dziewczynce, determinują szereg problemów z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi. Nie bacząc na normy społeczne, podejmuje się aktów masturbacyjnych na oczach postronnych osób, co dowodzi jej oderwania od rzeczywistości:

Wpadłam do przedpokoju. Adrian wchodził na górę. W salonie zastałam Jodie siedzącą na sofie z nogami w górze i jedną ręką w majtkach. Masturbowała się (CG, 29).

Cathy, tymczasowa opiekunka dziewczynki, zastanawia się nad jej zachowaniem, próbując dociec przyczyny:

Wiedziałam, że przypadki masturbowania się przez małe dzieci nie były odosobnione, nawet jeśli zwykle się o tym nie mówiło, ale ośmioletnie dziecko, nawet z trudnościami w uczeniu się, powinno już wiedzieć, że jest to coś, czego nie robi się na oczach innych. Czy Jodie chciała, by ktoś ją oglądał? Jeśli tak, to miała pewność, że ktoś ja zobaczy, bo ciągle przechodziliśmy przez salon (CG, 29).

Jodie przejawia też inne zachowania świadczące o jej oderwaniu. Osobowość dziewczynki była do tego stopnia poraniona, że wykazywała ona skłonność do kompulsywnych czynności seksualnych:

Zajrzałam przez wpółotwarte drzwi i zamarłam. Jodie dalej bawiła się lalką, ale podciągnęła jej sukienkę do góry i lizła ją między gołymi nogami. Wydawała przy tym niskie, chrapliwe odgłosy, jakby z przyjemności, i sprawiała wrażenie zupełnie nieświadomej mojej obecności. Wszłam do salonu. Jodie podniosła głowę (CG, 34).

Na podstawie takich świadectw rozumiemy doskonale, że dziewczynkę wykorzystywano. Gdy Jodie zaczyna werbalizować przeżyty przez

siebie koszmar, gwałtownie go odreagowuje. Widać to zwłaszcza wtedy, gdy bohaterka przejawia zachowania świadczące o nadmiernym pobudzeniu psychoruchowym, atakami autoagresji oraz prawdopodobnie halucynacjami:

Rzucala się po podłodze z boku na bok, wrzeszcząc wniebogłosy, owładnięta atakiem strachu. – Jodie! – krzyknęłam, próbując przebić się przez jej koszmar. – Jodie, to ja, Cathy! – ale jej wrzaski zagłuszały mój krzyk. Upadłam na kolana i wzięłam ją za ręce. Twarz miała wykrzywiona, paznokciami drapała swoje oczy, jakby je chciała wydłubać. Jedno jej ramię przytrzymałam swoim kolaniem, drugie założyłam jej za głowę. Walczyła ze mną z całej siły, a miała jej nieprawdopodobnie dużo. Jakby obudziły się w niej jakieś demony i walczyły za nią (CG, 46).

Bywa, że dziecko przechodzi od skrajności do skrajności. Po poprzednich napadach agresji i nadmiernego pobudzenia nastrój Jodie zupełnie się wycisza, a głównym jej objawem staje się stupor, czyli zatrzymanie jakiegokolwiek ruchu:

Nie poruszyła się. Ręce i nogi leżały wyprostowane i sztywne, jakby były zalane betonem. Wiedziałam, że nie udaje, albo przynajmniej nigdy nie widziałam, żeby ktoś coś takiego udawał. Położyłam dłoń na jej czole. Było ciepłe, ale nierozpalone. – Jodie? Słyszysz mnie? Znów nią potrząsnęłam, tym razem nieco mocniej. – Jodie, popatrz na mnie. Powiedz, co się stało. To ja, Cathy. Jodie? Słyszysz mnie? Zamrugala oczami, potem powoli odwróciła się i spojrzała na mnie. Miała rozszerzone źrenice, a wokół oczu duże ciemne kręgi. Odezwiała się równym, monotonnym głosem: – Przyszedł tu w nocy. Mówiłaś, że tego nie zrobi, ale zrobił. Wiem, wiem, kto to był (CG, 48).

Innym objawem dziewczynki są coraz częściej powtarzające się halucynacje, związane zazwyczaj z ogromem traumy i przykrymi doświadczeniami:

Okolo drugiej nad ranem obudziły mnie krzyki Jodie. Wrzuciłam na siebie szlafrok i przebiegłam przez korytarz, czując się, jakbym dopiero co położyła się spać. Jak zwykle zapukałam szybko do drzwi, ale nie czekając na odpowiedź, weszłam do środka. Jodie leżała w łóżku, mocno ściskając kołdrę rękami i naciągając ją na głowę. Usiadłam na brzegu łóżka i Jodie przestała krzyczeć. – Co się dzieje, kochanie: – zapytałam. – To te oczy! – jęknęła z przerażeniem. – Jakie oczy, skarbie? Wyjdź spod tej kołdry, to cię przytulę. – Nie! Są wszędzie! Oczy w ścianach, patrz na mnie! Położyłam rękę na kołdrze, na stopach Jodie, starając się ją uspokoić. – Jodie, kochanie, wiem, że się boisz, ale to tylko twoja wyobraźnia. Nie ma tu żadnych oczu. Nikt się na ciebie nie patrzy. Przytul się, proszę. – Są tu! – odkrzyknęła. – Widzę je, idą do mnie! Nie jestem głupia. Zatrzymaj je, Cathy! (CG, 56).

U dziewczynki można ponadto rozpoznać objawy osobowości mnogiej, co także wiąże się bezpośrednio przeżyciem tak wielkiej traumy. Organizm, aby się ratować, oddziela część osobowości, delegując na nią całość wspomnień traumy:

Odrzuciła się gwałtownie w moją stronę. Jej rysy były ostre i zniekształcone. – Nie! – krzyknęła ochryplym, męskim głosem. – Wynos się albo rozszarpie cię na kawałki! Wynos się, dziwko! Instynktownie cofnęłam się o krok. – Jodie! Nie używaj takich słów. A teraz się uspokój. Zajmij się czymś, żebyś była cicho. Mówię poważnie. Już! (CG, 77).

Pobyt u Cathy właściwie w niczym dziewczynce nie pomógł. Mimo starań opiekunki wraz z upływającym czasem było jedynie gorzej. Jej stan pogarszał się z dnia na dzień:

Okazało się, że w tym tygodniu Jodie spędziła w szkole tylko półtora dnia, a jej stan pogarszał się na moich oczach. Gdy nie płakała, wpatrywała się w sufit, nieobecna i oddalona od wszystkiego, co mówiłam czy robiłam. Prawie w ogóle nie jadła (CG, 96).

Historia Jodie, która jest przecież tylko dzieckiem, poucza nas, do jak ciężkich objawów stresu pourazowego może doprowadzić wykorzystanie seksualne w tak młodym wieku. Warto jednak pamiętać, że nie jest to jedyna przyczyna PTSD. Inaczej rzecz ujmując chociażby Jodi Picoult, autorka książki *Dziewiętnaście minut*, wydanej w 2009 roku. W jej powieści stres pourazowy związany jest z doświadczaniem długoletniej przemocy rówieśniczej, dlatego posłuży nam za kolejne cenne literackie świadectwo tego schorzenia.

PTSD u ofiar przemocy – książka: Jodi Picoult, *Dziewiętnaście minut* (2009)

Głównym bohaterem powieści *Dziewiętnaście minut* jest chłopiec o imieniu Peter²⁶, który zmaga się z przemocą ze strony rówieśników w szkole. Autorka opowiada jego historię, rozpoczynając od dzieciństwa, kiedy jako przedszkolak jechał autobusem szkolnym, a koledzy wyrzucili przez okno jego pojemnik ze śniadaniem. Cała opowieść to właściwie sprawozdanie z pasma prześladowań i upokorzeń, jakie musi znosić chłopak.

26 Zob. J. Picoult, *Dziewiętnaście minut*, przeł. K. Kasterka, Warszawa 2009. Skrót: JPb, numer strony.

Autorce zależało też, by pokazać, że dom rodzinny Petera był w zasadzie zwyczajny, poza jednym czynnikiem, który mocno wpłynął na chłopca negatywnie. Chodzi mianowicie o brata, podziwianego przez Petera i stawianego przez rodziców za wzór, który przyłączył się do grupy jego prześladowców. W pewnym momencie frustracja kumuluje się w nim do tego stopnia, że Peter nie wytrzymuje, ponieważ nawet jego przyjaciółka odwróciła się od niego. W zasadzie jej zachowanie stało się przysłowio-wą „kropką nad i”, popychając chłopca do popełnienia zbrodni. Pewnego dnia Peter przyszedł do szkoły z bronią i w ciągu dziewiętnastu minut przeprowadził swoisty samosąd nad prześladowcami. Głównym motywem książki jest późniejsza rozprawa sądowa, w której adwokat broniący chłopca wykazuje, w jaki sposób wieloletnie prześladowania spowodowały u Petera wykształcenie się syndromu PTSD związanego z maltretowaniem. Ostatecznie chłopak zostaje skazany, a w celi popełnia samobójstwo. Przyjrzyjmy się, w jaki sposób autorka kreśli na kartach powieści początki problemów Petera:

Chłopak o ramionach długich jak u małpy, w baseballówce włożonej tyłem do przodu, wyszarpnął mu pudełko z dłoni. – Co, frajerze, chcesz zobaczyć, jak twój Superman fruwa? Zanim Peter się zorientował w zamiarach starszego chłopaka, ten otworzył okno i wyrzucił pudełko na ulicę. Peter poderwał się z miejsca, żeby poszukać tylnych, ewakuacyjnych drzwi, i wówczas ujrzał, jak pudełko uderza o asfalt. Wypadło z niego jabłko, przetoczyło się na drugą stronę żółtej przerywanej linii i zniknęło pod kołami nadjeżdżającego samochodu (JPb, 91–92).

Przez pewien czas Petera na duchu podtrzymuje przyjaciółka, usiłuje mu pomóc, stając nawet w jego obronie. W jednej ze scen zdaje z tego wydarzenia relację, próbując się wytłumaczyć przed swoją matką, która ma do niej pretensje, że córka pobiła kolegę:

Poszło o Petera. Drew cały czas go wyzywa i bije, więc chciałam, żeby dzisiaj było odwrotnie. – Czy na placu zabaw nie ma żadnych nauczycieli? – Są praktykantki. – W takim razie powinnaś im zgłosić, że ktoś dokucza Peterowi. Bijąc Drew, zniżyłaś się do jego poziomu: zachowałaś się równie brzydko jak on. – Poszliśmy z Peterem do praktykantek – oświadczyła Josie. – Powiedziały Drew i innym dzieciakom, żeby zostawiły Petera w spokoju, ale nikt ich nie posłuchał. – Wobec tego postanowiłaś wziąć sprawy we własne ręce? – Tak. I zrobiłam to dla Petera (JPb, 99).

Pełnię bezradności zarówno nauczycieli, jak i rodziców w stosunku do przemocy wobec chłopca ukazuje sytuacja, gdy matka Petera przychodzi do szkoły. Nauczycielka próbuje jej wytłumaczyć okoliczności, w jakich dochodzi do prześladowań. Budzi to w niej wspomnienia z jej własnego dzieciństwa:

– Pani Houghton – podjęła nauczycielka – wiem, że takie wyjaśnienie nie będzie dla pani satysfakcjonujące, ale fakt pozostaje faktem: niektóre dzieci momentalnie stają się obiektem szykan. Koledzy wyczuwają ich słabości i bezwzględnie je wykorzystują. – A jakie są słabości Petera? Nauczycielka się uśmiechnęła. – Ja naturalnie nie nazwałabym ich słabościami. Peter jest wrażliwy i delikatny. A co za tym idzie, zamiast się bawić z innymi chłopcami w policyjne pościgi, woli siedzieć w kącie z Josie i kolorować książeczki. Inne dzieci szybko to zauważają.

Lacy przypomniała sobie pewne wydarzenie z czasów, gdy była niewiele starsza od Petera i sama zaczynała naukę w szkole. Wówczas obserwowali w klasie kurczaki hodowane w inkubatorze. Wyklulo się ich sześć, ale jeden miał kalekę, powykęcana nóżkę. Z trudem udawało mu się docisnąć do tacy z pożywieniem i korytka z wodą, był bardziej cherlawy i mniej przebojowy od reszty rodzeństwa. No i pewnego dnia, na oczach zdjętej przerażeniem klasy, został zadziobany na śmierć przez pozostałe kurczaki (JPb, 101).

Nauczycielka ma dobre chęci i pragnie nauczyć Petera, w jaki sposób mógłby się bronić przed napaściami. Matka jest nieco zniesmaczona tą propozycją, uznając, że to oznaczałoby, iż Petera należałoby uczyć przemocy, a także odpłacania oprawcom oko za oko:

– A co pani osobiście zamierza zrobić, żeby tę spiralę w końcu przerwać?

Spodziewała się, że usłyszy od nauczycielki o karnym krzeselku czy innych tego typu sankcjach dyscyplinarnych, które zostaną bezzwłocznie wcielone w życie, jeżeli nękanie Petera się powtórzy. Tymczasem młoda nauczycielka powiedziała:

– Chcę pokazać Peterowi, jak skutecznie się bronić. Uświadomić mu, że jeżeli ktoś wypchnie go z kolejki po lunch lub znowu zacznie mu dokuczać, powinien zareagować w podobny sposób, a nie biernie akceptować wszystko, co go spotyka.

Lacy oniemiała. – Ależ. Wprost nie wierzę własnym uszom. Więc jeżeli zostanie wypchnięty, ma w ramach odwetu popchnąć kolegę, który się tego dopuścił? Gdy ktoś zrzuci jego lunch z tacy na podłogę, powinien odpowiedzieć równie karygodnym zachowaniem? Chce mi pani powiedzieć, że Peter dopiero wtedy poczuje się bezpiecznie w przedszkolu, kiedy zacznie odpłacać pięknym za nadobne? (JPb, 116).

Powyższy fragment pokazuje dobitnie, jak bardzo bezradni byli dorośli wobec tego, co spotykało w szkole Petera. Chłopca uznawano za nieporadnego nawet gronie pedagogicznym, a przez rówieśników był wyśmiewany z powodu swoich fizycznych słabości:

Niestety, kiedy następnego ranka znalazł się w przedszkolu, odkrył, że idealny wzrok idzie w parze z idealnym słuchem. Zewsząd dochodziły go szepty: „okularnik” albo „ślepy nietoperz”. Jego okulary nie były już cudownym wyróżnikiem, ale kolejnym stygmatem, czyniącym z niego wyrzutka i odmieńca. Jednak nawet nie to okazało się najgorsze. Kiedy świat się wyostrzył, Peter zdał sobie sprawę, w jaki sposób patrzą na niego inni – jakby był puentą marnego dowcipu. Tak więc, pomimo swojego nadzwyczajnego wzroku, cały czas chodził ze spuszczonej oczami, żeby nie widzieć tego, co go otacza (JPb, 124).

Peter w rozmowie ze swoim sądowym obrońcą w sposób ironiczny i retoryczny pyta o to, jaki typ prześladowań powinien wyjawić sądowi, by ten uznał go za należycie „początkowy”:

– Od przedszkola, gdy podczas lunchu któryś z tych fiutów odsuwał krzesło, kiedy sięgałem po kanapkę, a ja lądowałem na tyłku ku ucieście wszystkich pozostałych dzieciaków? Czy od drugiej klasy, kiedy mi wkładali głowę do kibla i raz po raz spuszczały wodę, bo wiedzieli, że są totalnie bezkarni? A może od tego dnia, kiedy tak mnie stłukli w drodze ze szkoły do domu, że trzeba było zakładać szwy? (JPb, 209).

Najczęściej prześladowano Petera w szatni, dlatego szczególnie bał się tego miejsca. Lekcje wychowania fizycznego również przysparzały mu samych przykrości:

Była tylko jedna rzecz, której Peter nienawidził bardziej od piłki nożnej, a mianowicie przebierania się na trening. Po lekcjach z rozmysłem długo grzebał w swojej szafce lub wymyślał różne pytania, które musiał niezwłocznie zadać nauczycielom, byle tylko wylądować w szatni, gdy już większość zawodników będzie się rozgrzewać na boisku. Wówczas mógł zmienić strój, nie narażając się przy tym na kpiny ze swojej zapadniętej klatki piersiowej lub na szarpanie gumy bokserów gwałtownie w górę, tak żeby wciąży mu się w tyłek. Koledzy z drużyny, zamiast Peter Houghton, wołali na niego Peter Homo, i nawet gdy był sam. W szatni wciąż słyszał odgłos przybijanych triumfalnie piątek oraz echo sztyrderczego śmiechu, które napierało na niego złowieszczą niczym fala skażona wyciekami z tankowca (JPb, 227).

W szatni spotykały go najgorsze upokorzenia, jak np. zniszczenie jego okularów:

Pośpieszył w stronę swojego kąta i zobaczył Matta stojącego przed jego szafką. Zmrużył oczy, żeby dojrzeć, co on tam właściwie robi, i w tym samym momencie Matt zdjął z półki okulary Petera, przytrzasnął je drzwiczkami szafki, po czym rzucił pogięte oprawki na podłogę. – Teraz już nie będziesz mógł się na mnie gapić, pedale – oznajmił i odszedł (JPb, 229).

Próba pomocy ze strony matki jedynie pogarszała sytuację Petera. Bezpośrednia interwencja u trenera doprowadziła do kolejnych szykan ze strony kolegów:

Tymczasem matka przykucnęła u jego boku. – Jak trener raz zobaczy cię w akcji, już zawsze będziesz wystawiany w pierwszym składzie. – Poklepała go po kolanie. – Czekam na parking, kochanie. Kiedy się przepychał do szatni, reszta chłopaków ryczała ze śmiechu. – Pieprzona ciota. Czy od tej pory mamusia już zawsze będzie się o ciebie wyklócać, pedale? (JPb, 239).

Peter znosił wiele innych upokorzeń, ich wyliczenie zajęłoby wiele miejsca. Każda kolejna doznawana przykrość budowała w chłopcu napięcie, które w momencie przekroczenia masy krytycznej zwyczajnie musiało zostać rozładowane. Do wydarzenia, które bezpośrednio doprowadziło do tragedii, doszło na stołówce szkolnej, gdy Petera upokorzono na oczach wszystkich kolegów i bylej przyjaciółki:

Myślę, że Josie powinna przynajmniej obejrzeć oferowany towar – odezwał się Matt, który, jak się okazało, już nie siedział przy stole. Stał teraz tuż za Peterem. Jednym płynnym ruchem wsunął kciuki w szlufki jego spodni i pociągnął je gwałtownie w dół. W ostrym, jarzeniowym świetle skóra Petera była przeroźliwie biała; na tle cienkich, rzadkich włosów łonowych odznaczał się maleńki ślimak penisu. Peter odruchowo zakrył brązową torbą przyrodzenie i przy okazji wypuścił z ręki karton z mlekiem (JPb, 492).

Syndrom posttraumatyczny został wywołany przez łańcuch upokarzających wydarzeń. Ten stan rzeczy utrzymywał się przez kilkanaście lat. Peter stara się unikać swoich kolegów, a także wszystkich sytuacji, które narażałyby go na spotkanie z nimi. Przeżywa bezustanny lęk, który towarzyszy każdemu wyjściu do szkoły, a każde spotkanie z kolegami, np. w szatni, wywołuje w nim poczucie bezsilności. Unika wszelkich narażających go na powtórne traumy okoliczności życiowych. Od dziecka nie przepadał za przedszkolem, nawet jeśli początkowo chodzenie tam sprawiało mu to radość. Z czasem opanowuje technikę wtapiania się w tłum, nie bierze aktywnego udziału w życiu szkoły, nie uczestniczy w grach zespołowych. Izoluje się od rówieśników, przyjaźniąc się tylko z jedną osobą – kolegą, który podobnie jak on jest odrzucany przez otoczenie.

Peter po dokonaniu zbrodni w zniekształcony sposób postrzega przyczyny i skutki traumatycznego doświadczenia. Nie czuje się winny, ponieważ uważa, że za całą masakerę w szkole odpowiadają jego prześladowcy.

Odcina się też emocjonalnie od zabójstw, które popełnił. To odcięcie na poziomie emocji oraz odrealnienie można zauważyć w scenie, w której komisarz Patrick prowadzący dochodzenie w sprawie strzelaniny w szkole zapoznaje się z materiałem dowodowym w postaci filmów z monitoringu, na których widać Petera:

Gdy jedynymi osobami pozostałymi w kafeterii były już tylko ofiary, Peter przeszedł się między stolikami, lustrując rezultaty swojej akcji. Minął zastrzelonego chłopca, który leżał na stole z głową opartą o przesiąkniętą krwią skoroszyt, ale potem przystanął, podniósł z blatu iPoda i wetknął sobie słuchawki w uszy. Szybko jednak je wyjął, wyłączył odtwarzacz i odłożył go z powrotem na stół. Przerzucił kilka kartek w otwartym zeszycie. A potem usiadł przy jednej z tac z nietkniętym jedzeniem i położył na niej pistolet. Nasypał do plastikowej miseczki płatków śniadaniowych, dolał mleka z małego kartonika, posilił się, a następnie wstał, znów wziął w rękę broń i wyszedł z kafeterii. To było najbardziej mrożące krew w żyłach, najokrutniej wyrachowane działanie, jakie Patrick kiedykolwiek widział w życiu (JPb, 197).

Z punktu widzenia Patricka Peter to bezwzględny psychopata. Komisarz nie bierze w pewnym sensie pod uwagę okoliczności życia chłopca, o czym czytelnik na tym etapie książki zdaje sobie sprawę. Biorąc to pod uwagę, można dokonać innej interpretacji zachowania Petera, który przez traumę znalazł się w sytuacji dysocjacyjnego odrealnienia, odrętwienia związanego z ciężkim zespołem PTSD, który nawarstwiał się latami w jego psychice. U Petera zauważalne są również drażliwość i wybuchy gniewu. Gdy przebywał w areszcie, w sposób niespodziewany zaatakował współwięźnia z niepełnosprawnością umysłową, czego nie można poczytywać za „normalne”. To także reakcja na długotrwałe szykany, którym był poddawany. Chłopak cały czas jest niezwykle czujny – jest jak gdyby cały czas przygotowany na potencjalne ataki i prześladowanie, nawet w sytuacji, gdy jego oprawcy zostali przez niego zamordowani.

Peter doświadcza *flashbacków*, przez które wraca pamięcią do licznych szkolnych upokorzeń. Przeżywa je on do tego stopnia, że doświadcza przy tym równocześnie bolesnych reakcji fizjologicznych. Doświadczał *flashbacków* zarówno przed, jak i przed dokonaniem zbrodni. Poniżej zamieszczyliśmy przykład takiego traumatycznego wspomnienia, które w końcu popchnęło chłopaka do dokonania masakry w szkole:

Zmrużył oczy, po czym sięgnął po okulary, które trzymał przy klawiaturze. Ponieważ była pięprzona 6:30 rano – pora, o której od nikogo normalnego nie można wymagać dobrej koordynacji ruchowej – etui wymknęło mu się z rąk i uderzyło o któryś z klawiszy funk-

cyjnych. Okno Internetu uległo minimalizacji, za to wyświetliła się zawartość jednego z plików umieszczonych w koszu. Wiem, że nigdy o mnie nie myślisz. I z pewnością nie widzisz w nas pary. Peter poczuł nagły zawrót głowy. Uderzył silnie w klawisz DELETE, ale nie osiągnął zamierzonego rezultatu. Bez Ciebie jestem nikim. Ale z Tobą, jak sądzę, mógłbym zostać kimś wyjątkowym. Spróbował zresetować komputer, ale ten się już totalnie zawiesił. Peter nie był w stanie złapać oddechu ani ruszyć się z miejsca. Mógł jedynie wbijać wzrok w dowód własnej głupoty, który czarno na białym miał przed oczami. Czuł ostry ból w piersiach. Pomyślał, że to albo atak serca, albo jego mięśnie obracają się w kamień. Niezdarnie podrygując, schylił się, by dosięgnąć do kabla zasilania, i przy okazji trzasnął głową o kant blatu. To sprawiło, że w oczach stanęły mu łzy – a przynajmniej w tym właśnie chciał upatrywać przyczyny płaczu. Wyciągnął wtyczkę z kontaktu i ekran wypełniła martwa czerń. Peter opadł z powrotem na krzesło i wówczas się okazało, że wyłączenie komputera niczego nie zmieniło. Wciąż widział te słowa, absolutnie wyraźnie, na ekranie monitora. Czuł pod palcami dotyk klawiszy, w które stukał, gdy pisał: Kochający Peter Houghton. W uszach zadudnił mu śmiech wszystkich zgromadzonych w kafeterii. Raz jeszcze zerknął na monitor. Matka zawsze powtarzała, że każde przykre doświadczenie można interpretować w kategorii porażki lub szansy na zmianę życia. Niewykluczone więc, że właśnie otrzymał znak z nieba. Łapiąc z trudem ustami powietrze, opróżnił plecak z podręczników, segregatorów i luźnych papierów. Sięgnął pod materac i wyszarpnął stamtąd dwa pistolety, które trzymał, na wypadek gdyby kiedyś mogły się przydać (JPb, 593–594).

Peter, przytłoczony sytuacją, podejmuje również działania autodestrukcyjne. Pierwszy raz po masakrze w szkole, tuż po zamordowaniu oprawców, sam usiłuje popełnić samobójstwo:

W jednym rogu szatni leżały dwa nieruchome ciała. W drugim, bliższym Patricka, kuczał drobny chłopiec przytulony do szafek. Miał na nosie okulary w cienkich drucianych oprawkach, teraz żałośnie przekrzywione. Konwulsyjnie drżał na całym ciele. – Nic ci się nie stało? – wyszeptał Patrick, żeby zbyt donośnym głosem nie zdradzić strzelcowi własnej pozycji. Chłopak nie zareagował, tylko wpatrywał się w niego nieprzytomnym wzrokiem. – Gdzie on jest? – spytał bezgłośnie Patrick. W odpowiedzi chłopak wyciągnął spod uda pistolet i przystawił sobie do skroni (JPb, 39).

Cała wyżej zarysowana sytuacja uświadamia, że Peter był w stanie szoku. Drugą próbę samobójczą podejmuje już w więzieniu, tym razem skuteczną. Desperację chłopaka można dostrzec także w sposobie, w jaki odebrał sobie życie – udusił sam siebie wciśniętą do gardła skarpetą. Objawy PTSD u bohatera powieści *Dziewiętnaście minut* zostały zebrane i zestawione w tabeli 24.

Tabela 24. Objawy PTSD z książki: J. Picoult, *Dziewiętnaście minut*

Objawy z DSM-5	Opis
<p>Osoba została narażona na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualną na jeden ze sposobów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia; 2. Bycie naocznym świadkiem traumatycznych wydarzeń; 3. Uzyskanie informacji, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel doświadczył traumatycznego przeżycia; 4. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego traumatycznego wydarzenia. 	<p>Peter był narażony na trwające przez kilkanaście lat szykany ze strony kolegów. Zaczęły się one już w przedszkolu, kiedy kolega wyrzucił jego pojemnik na śniadanie, i trwały przez cały okres szkolny. Koledzy bili Petera, niszczyli mu okulary, wkładali jego głowę do sedesu, wyzywali go, wyśmiewali się z niego, aż wreszcie jeden z nich upokorzył go na oczach całej szkoły.</p>
<p>Nawracające, natrętne, dręczące wspomnienia wydarzenia – u dzieci powyżej 6 lat zabawy mogą wskazywać na temat lub aspekt traumatycznego wydarzenia.</p>	
<p>Nawracające, dręczące sny – u dzieci mogą występować sny o treści trudnej do zidentyfikowania.</p>	
<p>Reakcje dysocjacyjne (np. flashback), które powodują, że osoba zachowuje się tak, jakby ponownie doświadczała traumatycznego wydarzenia – u dzieci może wystąpić np. ponowne odgrywanie urazu w formie zabawy.</p>	<p>Doświadczenie flashbacku w postaci powracającego wspomnienia upokorzenia w kafeterii.</p>
<p>Nasilone i przedłużające się cierpienie psychiczne występujące w przypadku narażenia na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały symbolizujące traumatyczne wydarzenie.</p>	
<p>Zaznaczona reakcja fizjologiczna w odpowiedzi na te sygnały.</p>	<p>Reakcja fizjologiczna podczas powracania wspomnień z kafeterii – Peter czuje się tak, jakby miał zawał.</p>
<p>Unikanie lub próby unikania dręczących wspomnień, myśli lub uczuć dotyczących traumatycznego wydarzenia.</p>	<p>Bezsilność wobec prześladowców, nieustanny lęk towarzyszący każdemu wyjściu do szkoły, lęk przed znalezieniem się z prześladowcami w szatni.</p>
<p>Unikanie lub próby unikania czynników (ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji), które przywołują dręczące wspomnienia.</p>	<p>Próby unikania nawet przedszkola, opanowanie sztuki wtapiania się w tłum, niebranie udziału w życiu szkoły, nieuczestniczenie w grach zespołowych, kompletna izolacja od rówieśników. Peter ma tylko jednego kolegę.</p>

Objawy z DSM-5	Opis
Trudności w zapamiętaniu ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia.	
Uporczywe i nadmiernie negatywne przekonania lub oczekiwania dotyczące samego siebie.	
Utrwalone, zniekształcone postrzeganie przyczyn i skutków traumatycznego doświadczenia.	Odcięcie emocjonalne od masakry w szkole. Tak jakby to zrobił ktoś inny.
Znacząco zmniejszone zainteresowanie lub chęć udziału w ważnych czynnościach.	
Poczucie bycia odseparowanym od innych osób.	Oderwanie emocjonalne Petera widoczne podczas nagrania z monitoringu.
Uporczywe trudności w wyrażaniu pozytywnych uczuć.	
Drażliwość i wybuchy gniewu.	Atak na współwzięcia z niepełnosprawnością umysłową.
Nieprzemyślane lub autodestrukcyjne zachowania.	
Nadmierna czujność.	Nieustanna gotowość do ucieczki przed kolegami.
Wzmószona reakcja na zaskoczenie.	
Problemy z koncentracją.	
Problemy ze snem.	

Źródło: Badania własne.

PTSD w przypadku Petera był odpowiedzią na długotrwałe znęcanie się nad nim przez kolegów. Dwa wymienione przykłady PTSD dotyczyły wykorzystania seksualnego oraz znęcania się psychicznego. W kolejnej książce, którą poddamy analizie, dochodzi do stresu pourazowego w jego najbardziej klasycznym rozumieniu. W powieści Kristin Hannah pt. *Na domowym froncie*, opublikowanej w 2014 roku, pojawia się postać kobiety służącej jako żołnierz podczas misji w Iraku, która doświadczyła wojennej traumy będącej swoistym stymulatorem wystąpienia objawów PTSD.

PTSD u żołnierzy – książka: Kristin Hannah, *Na domowym froncie* (2014)

Bohaterką książki Kristin Hannah jest Jolene, która wykonuje zawód żołnierki²⁷. Gdy wyrusza z misją do Iraku, jej rodzina przechodzi głęboki kryzys. Tuż przed wyjazdem mąż oświadcza, że jej nie kocha. O samej Jolene można powiedzieć zaś tyle, że jest kobietą obciążoną bardzo trudną historią osobistą – jej rodzice zginęli w wypadku. Matkę i ojca zastąpiło w pewnym sensie wojsko, które ją wychowało. W Iraku podczas misji zdarza się wypadek, który zmienia jej życie całkowicie po raz kolejny. Zabita zostaje jej przyjaciółka, a sama Jolene traci nogę. W wyniku tych doświadczeń kobieta przeżywa pełnowymiarowy zespół PTSD, z którym musi się uporać nie tylko ona sama, lecz cała jej rodzina.

Podstawową przyczyną zespołu PTSD jest w tym kontekście wypadek oraz misja wojskowa, która zostawiła w jej pamięci liczne traumatyczne wspomnienia. W trakcie misji, jeszcze przed samym wypadkiem, musiały oswoić się z sytuacją przebywania w ciągłym i bezustannym lęku:

Były same. Siedziały w ciemnościach na ziemi, a dookoła spadały pociski z moździerzy. Kawalki betonu odrywały się z sufitu. Gdzieś bardzo blisko uderzyła rakietą i eksplodowała z hukiem. Gryzący zapach dymu wnikał do środka przez szczeliny w drzwiach. A potem wszystko ucichło (KH, 176).

Trudna sytuacja frontowa powoduje, że zarówno Jolene, jak i jej przyjaciółka zaczynają zdawać sobie sprawę, że w każdej chwili mogą stracić życie i że podczas ostrzału raketowego tak naprawdę niewiele od nich zależy:

Jolene zerknęła na przyjaciółkę i wiedziała, że obie myślą o tym samym. Przez następny rok mogły w każdej chwili zginąć; siedząc w kontenerze, grając w karty czy biorąc prysznic. Jak żyć ze świadomością, że mogą zostać zabite, okaleczone lub rozerwane na kawalki? Jeszcze gorszy był strach o dzieci. Po raz pierwszy poważnie pomyślała: A jeżeli nie wrócę do domu? Co będzie z dziećmi, jeśli mnie zabraknie? (KH, 176–177).

Jolene doświadcza śmierci na co dzień. Szczególnie bolesny był widok umierających towarzyszy broni. Pewnego dnia bohaterka odbywa lot, w trakcie którego widzi na własne oczy, jak umiera jej kolega:

27 Zob. K. Hannah, *Na domowym froncie*, przeł. A. Zielińska, Warszawa 2014. Skrót: KH, numer strony.

Jolene jeszcze raz odbiła w lewo. Podczas tego manewru eksplodował helikopter po prawej stronie. Kawalki płonącego metalu uderzyły w jej maszynę. Fala gorącego powietrza wdarła się do wnętrza, podmuch zakolysał kadłubem (KH, 218).

Te wszystkie wydarzenia budują środowisko, w którym może dojść do aktywacji PTSD. Ostatecznie jednak zaburzenia zostaną wywołane i ugruntowane przez wypadek, w którym Jolene traci nogę:

Pocisk z granatnika uderzył w kadłub z taką siłą, że rzuciło nią na boki, a prawa stopa wylądowała na tablicy rozdzielczej. Kabinę wypełnił dym. Przedział transportowy stanął w ogniu. Czula żar na plecach. Krzyknęła do załogi, lecz nikt nie odpowiedział. Ściskając kurczowo drążek, usiłowała utrzymać śmigłowiec w powietrzu. Niestety, spadali, lecieli prosto w dół z prędkością dwustu pięćdziesięciu kilometrów na godzinę. Drugi silnik szalał, tablica rozdzielcza zgasała. Nic. Nawet odczytu temperatury silnika. Jeszcze raz krzyknęła do załogi, żeby przygotować ją na uderzenie, a potem jeszcze usiłowała podać pozycję, lecz dławił ją gęsty dym. Zdążyła szepnąć: Mayday i runęli na ziemię (KH, 246).

Po powrocie do domu Jolene bez ustanku przeżywa nawracające, natrętne, dręczące wspomnienia tego feralnego wydarzenia. Szczególnie bolesne było ciągle przypominanie sobie o zabitej na jej oczach przyjaciółce:

Dym. Płonące kawalki metalu. Tami. Gwałtowny przypływ adrenaliny jeszcze spotęgował ból. Skąd promieniował? Nie potrafiła go umiejscowić. Chciała zapytać o Tami, o całą załogę, lecz ciało pozostawało bezwolne. Wpatrywała się w nieznanomego błagalnym wzrokiem. Wyobraziła sobie, że wyciąga rękę, łapie go za ramię i żąda informacji o swojej załodze, lecz nie była w stanie się poruszyć. Pomyślała o Tami, teraz pamiętała, jak trzymając ją, zapewniała, że wszystko będzie dobrze. Krew na jej twarzy... wszędzie krew (KH, 270).

Bohaterka bardzo często przeżywa reakcje dysocjacyjne, a także *flashbacki*, które determinują wszystkie nawroty fragmentów traumy:

Niestety. Zaciskając zęby, usiadła na wózku, podjechała do zlewu, ponownie się podniosła, odkręciła kran i podstawiła rondel pod strumień wody. Krew tryska z rany, zalewa twarz żołnierza. Jolene krzyczy: Smitty, sprowadź lekarza; on się wykrwawi na śmierć... (KH, 373).

Te wszystkie sytuacje powodują, że Jolene staje się niebezpieczna dla osób najbliższych:

– Mayday! – jęczała. – Tami... nie mogę cię dźwignąć. Cholera... – Jolene! – Podajcie położenie! – wrzasnęła, czolgając się po łóżku w stronę nocnej szafki. – Jo! – Przytrzymał

ją za rękę i w odpowiedzi dostał lokciem w żołądek. Silny cios na moment pozbawił go oddechu. Natomiast ona znalazła się niebezpiecznie blisko krawędzi łóżka (KH, 381).

Bohaterka jest bardzo wrażliwa na bodźce. Powrót do traumatycznego wydarzenia może aktywować w zasadzie każdy hałas, nawet zwykłe trzaskanie drzwiami:

Za jej plecami trzasnęły zamknięte z impetem drzwi. Krzyknęła na cały głos. Znowu znalazła się w Baladzie, baza była pod ostrzałem, rakietą ze świstem przeleciała nad jej głową. Przyciągnęła do siebie Tami i zasłaniając ją własnym ciałem, padła na ziemię. Upadek pozbawił ją oddechu. Kiedy oszłomiona otworzyła oczy, zobaczyła połać białego linoleum i mnóstwo stóp. Nie było wojskowych butów... ani piasku. Nie czuła zapachu dymu czy ognia (KH, 440–441).

Aby poradzić sobie z problemami, Jolene próbuje unikać czynników, które przywołują dręczące wspomnienia. Wstydziła się swojego schorzenia, dlatego unikała także najbliższych, aby nie mierzyć się ze swoimi emocjami w ich obecności:

Przez następny tydzień stroniła od rodziny. Właściwie okazało się to bardzo łatwe. Dni spędzała w centrum rehabilitacyjnym i zawzięcie ćwiczyła, odzyskując coraz większą samodzielność. Po powrocie do domu prosiła Miłę o pomoc, a sama znikła w sypialni. Wino i środki przeciwbólowe pozwalały jej zasnąć. Leżała samotna w łóżku, odgradzona od wszystkich i wszystkiego. Wiedziała, że się wycofuje, poddaje, a jednocześnie nie była w stanie tego zmienić (KH, 397).

Jolene najsilniej doskwierała świadomość, że nie mogła uratować od śmierci swojej przyjaciółki Tami. Każde wspomnienie jej dotyczące powodowało, że sytuacja stawała się jeszcze trudniejsza. Jolene, przygniewiona tym ciężarem, stopniowo traciła zainteresowanie i chęć do udziału w ważnych czynnościach, zarówno w domu, jak i podczas rehabilitacji:

Przez następny tydzień Jolene żyła na krawędzi świadomości. Przytłoczona potwornym smutkiem, znieczulała się winem i tabletkami nasennymi. Trzykrotnie pojechała na rehabilitację i chociaż usiłowała się skupić na ćwiczeniach, szczerze mówiąc, wykonywała je mechanicznie. W domu wychylała dwa lub trzy kieliszki wina, kładła się do łóżka i naciągała koldrę pod brodę. Przy odrobinie szczęścia przesyiała noc, przeważnie jednak leżała w ciemnościach i wspominała przyjaciółkę. Domyślała się, co rodzina myśli o jej letargu; Betsy chodziła wkurzona, Michael się martwił, a Lulu była zdezorientowana (KH, 424).

Jolene ma poczucie bycia odseparowaną od innych osób: „Nie miała poczucia czasu. Budziła się oszołomiona i nie do końca obecna” (KH, 271). Straciła też zdolność wyrażania pozytywnych uczuć:

Nieznane dotąd uczucie odrętwienia było bardzo niepokojące. Może bała się zbyt wiele odczuwać, uwolnić emocje, bo prawdopodobnie przeszłyby w niekończący się krzyk (KH, 306).

Bohaterka przed wypadkiem była osobą bardzo cierpliwą. Po powrocie z wojny zaczęła cierpieć na skłonność do drażliwości i wybuchów gniewu. Już na pierwszym spotkaniu z rodziną na lotnisku ujawniają się te problemy, choć początkowo w sposób niepozorny:

Betsy niechcący wpadła na wózek. Kikut przeszył ból. – Cholera, Betsy, mogłabyś uważać! – wyrwało się Jolene, zanim zdążyła pomyśleć. Córka cofnęła się o krok z oczami mokrymi od łez (KH, 307).

Później pojawiają się kolejne wybuchy agresji, związane głównie z ciągle przeżywanymi *flashbackami*. Opowiada o nich mąż Jolene podczas wizyty u psychiatry, u którego chce uzyskać pomoc dla żony, siebie i rodziny:

– Chodzi o moją żonę, Chris. Ona... się zmieniła. Wczoraj wieczorem wypila kilka kieliszków wina... wiem, to niby nic takiego, ale jej rodzice byli alkoholikami. Nigdy nie widziałem, aby Jolene wypila więcej niż parę łyków. A w nocy obudziła się z krzykiem. – To ona podbiła ci oko? – Zawsze miała dużo pary w rękach. Szkoda, że nie miałeś okazji widzieć jej serwisów. Chris uśmiechnął się i usiadł (KH, 386–387).

Jolene przejawia też nadmierną czujność, która utrudnia jej normalne funkcjonowanie i odpoczynek:

Mimo potwornego zmęczenia sen nie nadchodził. Zupełnie jakby wypila dzbanek espresso. Mięśnie miała sztywne, a nerwy napięte. Tak tu cicho; za cicho. Nic nie wybuchło, nie wyją alarmy, nie startują helikoptery, nikt nie rozmawia. Ta cisza budziła lęk. A nie powinna. Przecież jest w domu. Czas wyzbyć się na zawsze myśli o Iraku (KH, 369).

Jej problemy ze snem łączą się z nawracającymi i przeżywanymi wciąż *flashbackami*:

Czołga się przez gęste, lepkie błoto, wlokąc przyjaciółkę. Trzymaj się, Tami... nie umieraj... wydostanę nas stąd. Ale dokąd, gdzie zabiera Tami? Gdzieś blisko wybucha bomba. Niebo płonie, spadają pociski i rozżarzone kawałki metalu. Helikopter uderza w ziemię i staje w ogniu. Nakrywa sobą Tami, a kiedy wreszcie wszystko cichnie, zsuwa się z niej i widzi, że ona drży na całym ciele, a z jej nosa... ust... oczu sączy się krew. Wszędzie dym i krew. – Niiieeee! – krzyczy. Obudził ją własny krzyk. Przez chwilę nie kojarzyła, gdzie jest. To szpital. W Niemczech (KH, 284).

Mimo wszystko Jolene zachowuje świadomość problemów, które ją dręczą. Bohaterka dostrzega przykładowo konsekwencje niedoboru snu:

Może wszystko wyglądałoby inaczej, gdybym lepiej sypiała. Po nocach dręczą mnie koszmary. Słyszę głosy mojej załogi. Widzę, jak Tami wyciąga do mnie ręce. Jest tak fatalnie, że boję się zmrużyć powieki (KH, 319).

Problemy ze snem powodują, że Jolene boi się spać, ponieważ wie, że gdy zaśnie, po raz kolejny pojawią się marzenia sennie, które przynoszą jej mękę:

Zerwała się ze snu z krzykiem, zlana potem i roztrzęsiona. Opadając z powrotem na poduszkę, starała się wyrównać oddech. Te nocne koszmary ją wykańczały. Starala się czuć, lecz przedzej czy później sen nadchodził, a wraz z nim przycazone koszmary. Rano budziła się zmęczona i pozbawiona energii. I nieodmiennie pierwsza myśl dotyczyła Tami (KH, 351).

Wszystkie objawy zaburzeń PTSD, które wystąpiły u bohaterki powieści K. Hannah, zostały zestawione w tabeli 25.

Strach przed snem, pojawiający się u osób z zaburzeniami PTSD, które związane są z przeżyciami wojennymi, bardzo przypomina inny typ zaburzeń tego szeregu, choć wywołany przez inny bodziec traumatyczny. Po drugiej wojnie światowej wyróżniono zaburzenia PTSD wywołane przeżyciami z obozów koncentracyjnych. Dla odróżnienia, nazwano je KZ-Syndromem, albo – co typowe dla późniejszej literatury – syndromem ocalałego. Tym właśnie typem zaburzeń zajmiemy się w kolejnym podrozdziale.

Tabela 25. Zaburzenia PTSD z książki: K. Hannah, *Na domowym froncie*

Objawy z DSM-5	Opis
<p>Osoba została narażona na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualną na jeden ze sposobów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia; 2. Bycie naocznym świadkiem traumatycznych wydarzeń; 3. Uzyskanie informacji, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel doświadczył traumatycznego przeżycia; 4. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego traumatycznego wydarzenia. 	<p>Przeżycia związane z samą misją. Nieustanny strach związany z przebywaniem w bazie, ostrzeliwaniem, narażeniem na śmierć.</p> <p>Bycie świadkiem śmierci kolegów z jednostki.</p> <p>Wypadek, w którym przyjaciółka Jolene zapada w śpiączkę, a potem umiera, zaś sama Jolene traci nogę.</p>
<p>Nawracające, natrętne, dręczące wspomnienia wydarzenia – u dzieci powyżej 6 lat zabawy mogą wskazywać na temat lub aspekt traumatycznego wydarzenia.</p>	<p>Do Jolene od samego początku wracają wspomnienia wypadku, któremu uległa.</p>
<p>Nawracające, dręczące sny – u dzieci mogą występować sny o treści trudnej do zidentyfikowania.</p>	<p>Dręczą ją sny związane z wypadkiem.</p>
<p>Reakcje dysocjacyjne (np. flashback), które powodują, że osoba zachowuje się jakby ponownie doświadczała traumatycznego wydarzenia – u dzieci może wystąpić ponowne odgrywanie urazu w formie zabawy.</p>	<p>Bardzo często przeżywa flashbaki, np. podczas spotkania, na którym nagle trzaśnięcie drzwi uruchamia u niej wspomnienie bazy będącej pod ostrzałem. Kran, z którego leje się woda, uruchamia wspomnienie krwi tryskającej z rany przyjaciółki.</p>
<p>Nasilone i przedłużające się cierpienie psychiczne występujące w przypadku narażenia na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały symbolizujące traumatyczne wydarzenie.</p>	
<p>Zaznaczona reakcja fizjologiczna w odpowiedzi na te sygnały.</p>	
<p>Unikanie lub próby unikania dręczących wspomnień, myśli lub uczuć dotyczących traumatycznego wydarzenia.</p>	<p>Stronienie od rodziny. Ucieczka w alkohol i środki przeciwbólowe.</p>
<p>Unikanie lub próby unikania czynników (ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji), które przywołują dręczące wspomnienia.</p>	

Trudności w zapamiętaniu ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia.	
Uporczywe i nadmiernie negatywne przekonania lub oczekiwania dotyczące samego siebie.	
Utrwalone, zniekształcone postrzeganie przyczyn i skutków traumatycznego doświadczenia.	Winienie siebie za śmierć przyjaciółki.
Znacząco zmniejszone zainteresowanie lub chęć udziału w ważnych czynnościach.	Zmniejszenie zainteresowania normalnym, codziennym życiem. W pewnym momencie po śmierci przyjaciółki zmniejszenie zainteresowania rehabilitacją.
Poczucie bycia odseparowanym od innych osób.	Poczucie bycia odseparowaną od najbliższych.
Uporczywe trudności w wyrażaniu pozytywnych uczuć.	Nieumiejętność wyrażania pozytywnych uczuć, poczucie odrętwienia.
Drażliwość i wybuchy gniewu.	Wybuchy gniewu, zmiana w osobowości, np. wybuch gniewu wobec córki w dniu powrotu ze szpitala. Wybuchy agresji na granicy snu wobec męża.
Nieprzemysłane lub autodestrukcyjne zachowania.	Nadużywanie alkoholu i leków.
Nadmierna czujność.	Nadmierna czujność niepozwalająca na spokojny sen i odpoczynek.
Wzmóżona reakcja na zaskoczenie.	
Problemy z koncentracją.	
Problemy ze snem.	Koszmary senne powodujące strach przed zaśnięciem. Unikanie snu, by ich nie przeżywać.

Źródło: Badania własne.

8. Zaburzenia ocalałego

Zaburzenia ocalałego, nazywane inaczej KZ-syndromem, to szczególny rodzaj zaburzeń posttraumatycznych. Nie popełniłby dużego błędu metodologicznego ktoś, kto opisywałby je jako rodzaj PTSD. Jednakże wyróżnia się je osobno, gdyż są związane z jednym z najstraszniejszych doświadczeń człowieka, do jakich doszło historii świata. Doświadczenia związane z przeżyciem pobytu w obozie koncentracyjnym, jenieckim lub obozie pracy są na tyle unikatowe, że nie utożsamia się ich z klasycznymi ujęciami zaburzeń PTSD. W niniejszym rozdziale przyjrzymy się dwóm filmowym przykładom syndromu ocalałego.

KZ-syndrom u więźnia obozu koncentracyjnego – odcinek dziewiąty serialu „Dom” (1980–2000)

„Dom” to kręcony w latach 1980–2000 polski serial historyczny w reżyserii Jana Łomnickiego, w którym ukazano losy mieszkańców pewnej kamienicy w Warszawie, żyjących tam na przestrzeni lat 1945–1980²⁸. Jednym z lokatorów kamienicy jest niejaki dr Sergiusz Kazanowicz, któremu dolega KZ-syndrom. Dr Kazanowicz był więźniem obozu koncentracyjnego, w którym stracił żonę i córkę. Po wojnie zamieszkał sam, towarzyszy mu jedynie pies, którego traktuje jako najbliższego członka rodziny. Pewnego razu przybywają do niego urzędnicy, pragnąc zidentyfikować byłego kapo z Oświęcimia, którego rzekomo znał dr Kazanowicz. Ta sytuacja jest punktem zapalnym wyzwalającym problemy, o których dotąd starał się zapomnieć. Doktor nie potwierdza, że człowiek ze zdjęcia to Erwin Schultz, kapo z Oświęcimia. Zaslania się niepamięcią, by samemu wykonać wyrok na byłym oprawcy. Załatwia sobie broń, po czym udaje się do Sławna, gdzie mieszka były prześladowca, i dokonuje na nim egzekucji. Czyn ten wychodzi na jaw dopiero później, gdy doktor po raz drugi używa tej samej broni, zabijając swojego ciężko chorego psa, by skrócić jego męki. Mógł uśpić go u weterynarza, lecz nie chciał tego zrobić, ponieważ widok komina krematorium przy klinice weterynaryjnej przypominał mu obóz koncentracyjny. Można określić tego typu wydarzenie jako *flashback*. Do takich samych *flashbacków* dochodzi również podczas rozprawy sądowej. Łatwo to wychwycić, gdy dr Kazanowicz wysłuchuje opinii psychiatry oraz swojego obrońcy, którzy próbują wytłumaczyć, że pobyt w obozie dokonał trwałego uszkodzenia psychiki doktora i wywołuje zaburzenia. W tych właśnie jakże wymownych momentach na jego twarzy widać, że wszystkie przywoływane sytuacje wracają do niego w bardzo realnej postaci.

Z tego też powodu dr Kazanowicz ma stałe poczucie zagrożenia i lęku. Świadczy o tym np. to, że „chomikuje” po kieszeniach okruchy chleba, mimo że nie grozi mu już głód. KZ-syndrom powoduje, że u byłego więźnia taki lęk występuje chronicznie. Oprócz tego doktor przeżywa to, co nazywamy dekompensacjami depresyjnymi. Jest to rodzaj tzw. regresowania się w obrębie własnych zaburzeń. Bardzo wyraźne jest to

28 Serial filmowy „Dom”, reż. J. Łomnicki, Polska 1980–2000.

w opisanej wyżej sytuacji, gdy doktor musi uśpić ukochanego psa – jedynego przyjaciela.

W życiu codziennym dr Kazanowicz jest bardzo samotny i najczęściej wyalienowany. Współmieszkańcy kamienicy starają się mu pomagać, jak mogą. Doktor nie jest jednak w stanie nawiązać normalnych relacji, ponieważ stosuje tylko jedno kryterium, które mogłoby zbliżyć go do innych ludzi, a mianowicie stopień zrozumienia przez sąsiadów dla tego, co go spotkało w przeszłości. Właśnie dlatego wypytuje np. pana Popiołka, dozorcę kamienicy, o to, czy bardzo się boi i czy kiedykolwiek się bał. Próbuje wy badać, czy sąsiad jest zdolny do zrozumienia lęku, który on odczuwa na co dzień. W tych okolicznościach łatwo pojąć, dlaczego jedynym naprawdę bliskim stworzeniem dla doktora jest jego pies Karo, uratowany z Powstania Warszawskiego – a więc jest tak samo ocalały, jak jego opiekun.

Jedyny punkt zaczepienia odnajduje doktor z osobami, z którymi łączy go wspólne wspomnienia i przeżycia. Gdy doktor się przedstawia, nie używa imienia, lecz prezentuje w swój numer obozowy wytatuowany na ramieniu. W pewnym sensie dr Kazanowicz przeżywa siebie jako umarłego. Często mawia, aby go w ten sposób postrzegać. Nie potrafi wyjść z sytuacji żałoby. Kolejne straty są dla niego nie do zniesienia dlatego w sytuacji ciężkiej choroby psa i konieczności jego uśpienia przeżywa swoiste załamanie. Życie terażniejsze, co podkreślał psychiatra na rozprawie, spłotło się z przeżyciami obozowymi tak mocno, że nie ma możliwości, by oddzielić jedno od drugiego. Niemal każde skojarzenie wywołuje wspomnienie o obozie. Nie ma od tego wypoczynku – nawet sny go nie przynoszą.

W tabeli 26 zostały zebrane wszystkie objawy dra Kazanowicza, dzięki czemu łatwiej dostrzec pewne zależności.

Serial „Dom” przyniósł nam niemalże podręcznikowy przykład KZ-syndromu. Przypadek dra Kazanowicza warto uzupełnić innym punktem widzenia i interpretacją artystyczną tego zaburzenia. W kolejnym podrozdziale analizie poddane zostaną losy Erica Lomaxa, bohatera omawianej już wcześniej książki *Droga do zapomnienia*. Tym razem przyjrzymy się filmowej adaptacji tego utworu, wydanej w 2013 roku.

Tabela 26. Zaburzenia KZ-syndrom z serialu „Dom”

Opis kryterium	Występowanie
Zaburzenia snu, koszmarne sny.	
Stale poczucie zagrożenia i lęku.	Chowanie kawałków chleba do kieszeni. „Chomikowanie” ich, przechowywanie jak skarbu.
Częste dekompensacje depresyjne.	Dekompensacja w sytuacji, gdy trzeba uśpić psa.
Poczucie samotności i alienacji.	Nieuczestniczenie w jakimkolwiek życiu kamienicy. Całkowite odcięcie się od świata. Kontakt jedynie z psem.
Punktem odniesienia są osoby, które mają podobne doświadczenia, trudne relacje z innymi osobami.	Przedstawianie się swoim numerem obozowym. Identyfikacja z tym numerem.
Nie są w stanie założyć rodziny, gdyż nie chcą „infekować” jej swoimi doświadczeniami.	Uważanie się za umarłego.
Nieustanne trwanie w stanie żałoby, kolejne straty trudne do zniesienia.	Trudność w uśpieniu u weterynarza psa, strach po zobaczeniu komina krematorium dla zwierząt. Dekompensacja w momencie konieczności rozstania z psem.
Silne lęki, objawy somatyczne.	

Źródło: Badania własne.

Syndrom ocalałego u więźnia obozu jenieckiego – film „Droga do zapomnienia” (2013)

Film „Droga do zapomnienia” to ekranizacja i adaptacja książki Erica Lomaxa. Jego przypadek omówiliśmy już w rozdziale dotyczącym zespołu Aspergera²⁹, zaznaczając, że objawy, które przejawia bohater można zinterpretować również jako przykład KZ-syndromu. Reżyser filmu który w taki sposób przedstawił losy bohatera, że lekkie zaburzenia z continuum autyzmu, omówione wcześniej, są właściwie niewidoczne. Adaptacja filmowa skupiła się na innym problemie – zmaganiu się bohatera z zespołem ocalałego, czyli syndromem KZ.

Film nie ukazuje całego życia bohatera. Perspektywa czasowa została ograniczona do życia małżeńskiego Erica (żonę poznał w pociągu, a sam

29 Film „Droga do zapomnienia”, reż. J. Teplitzky, Australia–Szwajcaria–Wielka Brytania 2013.

jest wielkim miłośnikiem kolei). Osią kompozycyjną dzieła jest plan teraźniejszości, a jedynie co jakiś czas pojawiają się retrospekcje, które pozwalają narracyjnie uzasadnić zachowania Erica. Wszystkie one dotyczą traumy związanej z pobytom w japońskim obozie pracy w trakcie drugiej wojny światowej.

Gdy bohater trafił do obozu, nie planował ucieczki. Jednak jego działalność co najmniej rzucała podejrzenia o taki zamiar: po pierwsze, zaczął budować po kryjomu radio, a po drugie, usiłował sporządzić mapę. Jego intencje wiązały się z przekonaniem, że posiadanie tych akcesoriów pozwoli mu łatwiej przetrwać w obozie. Niestety, został złapany i oskarżony o planowanie próby ucieczki. Za karę poddano go strasznym torturom. Wykazał wielką szlachetność – aby ratować kolegę, winę za zbudowanie radia przyjął wyłącznie na siebie.

Tortury, których doświadczył Eric, wracają głównie w snach i *flashbackach* – właściwie przez całe dalsze życie. Po poznaniu żony bohater ma nadzieję, że rozpoczęcie nowego etapu w życiu pozwoli mu zapomnieć, ale nic takiego się nie stało. Eric nie może zaznać spokojnego snu, ma koszmary, po których budzi z krzykiem. Nie potrafi poradzić sobie z obowiązkami życia. Jest nieporadny w dobrym zarządzaniu mieszkaniem, zaniedbuje np. jego opłacanie. Największym problemem, jaki mu doskwiera, jest jakakolwiek możliwa zmiana w najbliższym otoczeniu. Nie pozwala żonie na żadne zmiany w umeblowaniu mieszkania, terroryzuje ją wręcz, a popycha go do tego lęk przed zmianą. Ich małżeństwo coraz bardziej się degraduje. Zrozpaczona żona prosi o pomoc kolegę Erica z wojska. Początkowo nie przynosi to żadnego efektu. Sytuację zmienia dopiero samobójcza śmierć kolegi. Eric zaczyna dostrzegać swoje własne kłopoty i patrzeć na nie realnie. Postanawia więc walczyć o swoje życie, choć początkowo motywując się chęcią zemsty. Kolega przed śmiercią zostawia mu artykuł, z którego dowiaduje się, że jego oprawca z obozu nadal żyje. Erik jedzie do Japonii i dociera na miejsce, w którym niegdyś był obóz. Obecnie jest tam muzeum, po którym jego oprawca oprowadza turystów. Bohater przedstawia się Japończykowi z wyraźną intencją odebrania mu życia. Chce w ten sposób uwolnić się od wciąż nawracających wspomnień. Ostatecznie nie zabija byłego wroga, lecz przeprowadza z nim dramatyczną rozmowę, po której dochodzi do chęci przepracowania traumy.

Film krok po kroku ukazuje drogę odzyskiwania wspomnień przez bohatera. Jest to rodzaj walki między pragnieniem zabicia oprawcy, który

sam zmagają się z poczuciem winy, a świadomością własnego człowieczeństwa. Twórcy filmu usiłują ukazać widzowi proces wychodzenia z traumy poprzez przepracowywanie swoich tragicznych wspomnień, lęku oraz bólu. Punktem kulminacyjnym okazuje się zdobyte w ogromnym bólu przebaczenie. Rozumiane nie jako sentymentalne, cliche uczucie, lecz jako wyzwolenie psychiki z traumy wywalczone w strasznym bólu. Przebaczenie jest w tej historii ostatecznym wyzwoleniem z zaburzeń posttraumatycznych, choć bardzo nieoczywistym i niełatwym. Cały film obraca się bowiem wokół wątku ciężkiej i bezlitosnej walki z samym sobą.

W tabeli 27 zestawiono zaburzenia syndromu ocalałego u Erica Lomaxa z filmu „Droga do zapomnienia”. Tak jak w przypadku postaci dra Kazanowicza z serialu „Dom”, poniższe podsumowanie łączy objawy opisane przez Antoniego Kępińskiego z objawami syndromu ocalałego.

Tabela 27. Zaburzenia syndromu ocalałego z filmu „Droga do zapomnienia”

Opis kryterium	Występowanie
Zaburzenia snu, koszmarne sny.	Koszmary dręczące Erica podczas snu. Budzenie się z krzykiem.
Stale poczucie zagrożenia i lęku.	Potrzeba trwania w rutynie. Zaburzenia związane z potrzebą niezmienności otoczenia stają się rodzajem zabezpieczenia. Bohater nie chce niczego zmieniać w swoim mieszkaniu.
Częste dekompensacje depresyjne, <i>flashbacki</i> .	Przeżywanie wspomnień z życia obozowego tak, jakby były obecna tu i teraz.
Poczucie samotności i alienacji.	Odcięcie się od żony, ucieczka w swój własny świat.
Punktem odniesienia są osoby, które mają podobne doświadczenia, trudne relacje z innymi osobami.	Utrzymywanie rodzaju relacji w klubie weterana z osobami z podobnymi doświadczeniami.
Nie są w stanie założyć rodziny, gdyż nie chcą „infekować” jej swoimi doświadczeniami.	Pierwsza rodzina Erica rozpada się. Z drugą żoną przechodzi przez bardzo trudne doświadczenia. Odcina się od niej, terroryzuje ją swoimi problemami.
Nieustanne trwanie w stanie żaloby, kolejne straty trudne do zniesienia.	Bardzo silne przeżycie śmierci przyjaciela.
Silne lęki, objawy somatyczne.	
Intruzja śmierci.	Ciągle przeżywanie zagrożenia śmiercią na nowo.
Poczucie winy.	

Psychiczne odrętwienie.	Eric nie potrafi przeżywać miłości, nie umie jej okazać żonie.
Podęzrliwość i nieukierunkowany gniew.	Wybuchy gniewu wobec żony lub innych przypadkowych ludzi, np. urzędników.
Sformułowanie nowego sensu i znaczenia istnienia.	Walka o nadanie sensu życiu. Próba znalezienia jego w zemście, a potem znalezienie sensu w przebaczeniu.

Źródło: Badania własne.

Zaburzenia posttraumatyczne mogą dotyczyć zarówno dorosłych, jak i dzieci, choć rzadziej. W następnym podrozdziale przyjrzymy się innego typu przypadłościom, które przytrafiają się i dorosłym, i dzieciom, a mianowicie zaburzeniom odżywiania się i wydalania. O ile schorzenia posttraumatyczne częściej dotyczą osoby dorosłe, o tyle problemy związane z odżywianiem i wydalaniem częściej przytrafiają się dzieciom.

9. Zaburzenia odżywiania się oraz wydalania

Zaburzenia odżywiania i wydalania zalicza się do przypadłości psychosomatycznych. Jest to właściwie grupa przypadków, do których można zaliczyć takie zaburzenia, jak np. jadłowstręt, żarłocność, zaburzenia odżywiania, łaknienie, zespół przeżuwania i wiele innych. Problemy z odżywianiem i wydalaniem najczęściej dotyczą dzieci, co wyraźnie widać w literaturze. W niniejszym podrozdziale zaprezentowane zostaną dwa przykłady literackiej interpretacji takich zaburzeń. Pierwsza książka to *Chuda* autorstwa Judith Fathallah, opublikowana w 2007 roku, dotycząca problemu anoreksji typu *nervosa*. Druga zaś to, po raz kolejny, *Skrzywdzona* autorstwa Cathy Glass, która posłuży nam za przykład literackiego ujęcia problemów z wydalaniem.

Anorexia nervosa – książka: Judith Fathallah, *Chuda* (2007)

Bohaterką powieści napisanej przez Judith Fathallah jest Jessica Hassan³⁰, będąca w połowie Arabką. Pierwsze dziewięć lat życia spędziła w bardzo dobrej rodzinnej atmosferze. Dziewczyna bardzo lubiła rodzinne

30 Zob. J. Fathallah, *Chuda*, przeł. M. Zielińska, Kraków 2007. Skrót: JF, numer strony.

spotkania, a przede wszystkim bardzo kochała swojego ojca, którego straciła w wieku dziewięciu lat. Od czasu wypadku, w którym zginął ojciec, sytuacja w domu zmieniła się na gorszą, mimo że matka bardzo starała się, by jej dzieciom niczego nie brakowało. Pustka, jaką pozostawił po sobie mąż i ojciec rodziny, a także choroba babci wpływały na atmosferę domu negatywnie. Ten splot nieszczęśliwych wydarzeń prawdopodobnie wpłynął na Jessicę, w pewien sposób naruszając jej równowagę psychiczną. Zawsze była trochę puszysta, ważyła 64 kilo, mierząc 155 cm wzrostu. Nieostrożne komentarze ze strony matki wyrażającej opinie na temat osób grubych spowodowały swoiste pęknięcie w dziewczynie, która zmobilizowała się do odchudzania. Ten moment można uznać za tzw. „równię pochyłą” ku chorobie. Jej wysiłki doprowadziły ją do niedostatecznej masy ciała w stosunku do wieku, płci, krzywej rozwoju i stanu zdrowia. Masa ciała była poniżej prawidłowej: jak wyznała sama bohaterka, wynosiła „41 kilo i 90 deko” (JF, 67). Dziewczyna była świadoma problemów, do jakich doprowadziła:

Anoreksji często towarzyszą inne problemy, na przykład zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, bulimia, samookaleczanie i mnóstwo innych demonów. Choroba siedzi głęboko w środku, czuje się tylko lęk i wściekłość, które wyzerają ci wewnątrz. Dziesięć procent anorektyczek umiera. Tak już jest, takie są fakty, nie da się im zaprzeczyć. Choroba psychiczna też może być śmiertelna, a powolna degeneracja niegdyś wesołej i inteligentnej osoby nie jest łatwiejsza do zniesienia niż umieranie kogoś z nowotworem. Więc najlepiej w ogóle z nią nie pogrywać, bo wcześniej czy później nadchodzi taki moment (dla mnie był to październik), kiedy zdajesz sobie sprawę, że igrasz z ogniem. Wiesz, że to już nie jest normalne, ale ciągniesz to trochę dla zabawy, trochę z nadziei na schudnięcie (JF, 77).

Kiedy zaczęła się leczyć i trafiła do szpitala, w jej świadomości nadal utrzymywała się silna obawa związana z potencjalnym zwiększeniem się masy ciała:

– Mamo – powiedziałam nagle. – Będę pilnowała jedzenia i przytyję do 44 kilo. Nie możesz ważyć więcej niż 44 kilo, jęczała Małpa – jeśli przytyjesz choć odrobinę więcej, będziesz wielgachna (JF, 128).

Jako Małpę Jessica opisuje pewien wewnętrzny prześladowający ją głos, który nakłaniał ją do ciągłego odchudzania, obniżając jej poczucie własnej wartości. Dziewczyna w sposób kompulsywny poszukiwała dodatkowych

sposobów, dzięki którym mogłaby doprowadzić do jeszcze znaczniejszej utraty masy ciała:

Stwierdziłam, że muszę więcej ćwiczyć, więc zaczęłam tańczyć. Zamykałam drzwi do mojego pokoju, puszczałam jakąś szybką muzykę i tańczyłam (JF, 28).

Pewną rytualną wręcz obsesją było ciągle ważenie się: „Waga łazienkowa rządziła moim samopoczuciem. Ludzie to zauważali” (JF, 30).

Ćwiczenia gimnastyczne, które miały pomóc w zmniejszeniu wagi, można uznać za tzw. działania kompensacyjne. Zajmowały one Jessice coraz więcej czasu, dziewczyna traktowała je niemal jak święte nabożeństwo:

Gimnastyka stała się moją religią. Ćwiczyłam pięć razy dziennie. Wymyśliłam sobie te pięć razy, bo nikt mi nie powiedział, jak często powinnam ćwiczyć. „Pięć razy” wydawało się wystarczająco często, a z pewnością nie nazbyt rzadko. W pewnych kwestiach musiałam mieć pewność. Problem w tym, że obsesja nigdy nie daje pewności. Bo najczęściej myślałam, że połowę ćwiczeń wykonałam niedokładnie, a więc się nie liczą – i musiałam je robić jeszcze raz. A potem jeszcze raz. Zaczęłam wstawać wcześniej, bo z powodu porannej gimnastyki spóźniałam się do szkoły (JF, 31).

Obsesyjne ćwiczenia stawały się coraz bardziej rozpaczliwe, ponieważ w psychice dziewczyny nie przynosiły oczekiwanych rezultatów w krótkim czasie. Powodowało to kolejne zaburzenia w obrazie samej siebie. Małpa, czyli głos wewnętrzny, utwierdzał ją w przekonaniu, że ciągle za mało ćwiczy:

Potem następowało długotrwałe mierzenie talii oraz bioder i wracałam do mojego pokoju, żeby poćwiczyć. W głowie mi szumiało, obcy, wysoki i twardy jak stal głos kazał mi trzymać pion, gdy czułam, że nie daję rady. Nie wiedziałam, co to jest, ale wiedziałam, że tego potrzebuję. Dzięki temu głosowi dostawałam kopa, zupełnie jakbym sobie dała w żyłę. Gimnastyka. Na dobry początek po dwadzieścia brzuszków ze skretem na prawą i lewą stronę. Nie było dobrze – skarcił mnie głos, który jednocześnie był i nie był częścią mnie. – Zaczynaj od początku. Jestem posłuszna. Gubię się w liczeniu. Zaczynam jeszcze raz. Potem zwykłe brzuski, ćwiczenia na talię i tak dalej. Głos powtarzał, że muszę ćwiczyć od początku, jeśli nie byłam wcześniej w toalecie, jeśli bielizna mi się przesunęła, jeśli nie byłam dość wyprostowana lub jeśli byłam wyprostowana za bardzo. Bolało, ale musiałam tak robić, bo wtedy czułam się bezpieczna, bo gdybym tego nie zrobiła, z pewnością stałoby się coś strasznego. Wreszcie musiałam wyjść do szkoły. Zapisywałam na ręce, co miałam zrobić później: niedokończone ćwiczenia lub takie, których wykonanie nie było doskonałe (JF, 33).

U Jessiki zaczęły występować zakłócenia w postrzeganiu masy i kształtu własnego ciała. Miały one coraz większy i w rezultacie nadmierny wpływ na jej samoocenę. Początkowo dziewczyna nie potrafiła rozpoznać, że nadmierna chudość staje się dla niej kłopotem. Cały czas była przekonana, że jest zbyt gruba. W pewnym sensie w kontekście problemów rodzinnych walka o szczupłą sylwetkę stała się odskocznią i celem samym w sobie:

Miałam trzynaście lat i byłam obsesyjnie skupiona na sobie. Nasza rodzina zmagala się wówczas z różnymi poważniejszymi kłopotami, ale dla mnie istniało tylko jedno źródło złego samopoczucia. Byłam gruba (JF, 11).

Z tego też powodu, jak każdy odchudzający się, bohaterka obsesyjnie liczyła spożywane kalorie. Co ciekawe, była przekonana, że nawet zalecane w diecie odchudzającej wartości kaloryczne należy obniżyć:

Zaczęłam zwracać uwagę na umieszczone z tyłu opakowań i pisane drobnym druczkiem tabelki. Pytałam mamę o przybliżoną zawartość kalorii w posiłkach, które dla mnie przygotowywała, i skrzętnie zapamiętywałam te liczby. Według książeczki, podczas diety wyszczuplającej powinno się jeść około 1000–1500 kalorii, w zależności od budowy ciała, płci, trybu wydatkowania energii i liczby kilogramów, które się chce zrzucić. Zatem dla mnie 1000 kalorii. Na wszelki wypadek (JF, 28).

Dieta oczywiście przynosiła efekty, ale Jessica ich nie zauważała. Nadal postrzega się jako osobę zbyt grubą, a za dowód przyjmuje niedoskonałości swego własnego ciała:

53 kilo. Przypatrywałam się sobie bacznie w lustrze. Nikt już nie komentował mojej wagi, ani negatywnie, ani pozytywnie, lecz ja wiedziałam, że nadal nie jestem szczupła. Wystarczyło popatrzeć na mój tłusty brzuch albo uda! (JF, 28).

W lustrze nie dostrzega już rzeczywistej siebie, lecz widzi kogoś innego – wyobrażoną wciąż za grubą siebie:

Czy myślałam, że wciąż jestem gruba? Czasami. Patrzyłam w lustro i widziałam opasłe ciało, nadęty brzuch. Wiem, że nie byłam tak gruba, jak sądziłam, bo tydzień przed świętami mama zaciągnęła mnie do sklepu (JF, 52).

Dziewczyna ma świadomość, że postrzega samą siebie w podwójnych standardach. Metka na ubraniu sugeruje jej, że osiągnęła cel nawet

z nawiązką, ale odbicia w lustrze to nadal nie przekonuje. Jessica ma już na tyle zniekształcone umiejętności poznawcze, że nie odróżnia rzeczywistości od swego własnego wyobrażenia o sobie: „Na metce spodni miałam napisane: rozmiar 34, ale w lustrze widziałam kogoś tłustego” (JF, 202).

Ostatecznie dzięki wsparciu rodziny po dwóch pobytach w szpitalu wygrywa z chorobą. Biorąc tę konkluzję za dobrą monetę, warto jednak pamiętać, że w wypadku tak ciężkiej postaci anoreksji dość często nie dochodzi do szczęśliwego zakończenia. Anoreksja jest chorobą śmiertelną i doprowadza do śmierci znaczną część osób, która na nią zapada. W tabeli 28 zestawiono wszystkie zaburzenia związane z anoreksją u Jessiki, w celu prześledzenia motywu choroby obraz porównania ich objawami z DSM-5.

Tabela 28. Jadłowstręt psychiczny u Jessiki – na podstawie powieści pt. *Chuda* J. Fathallah

Objaw – DSM-5	Opisy
<p>Ograniczenie podaży energii w stosunku do wymagań. Prowadzi do wystąpienia niedostatecznej masy ciała w odniesieniu do wieku, płci, krzywej rozwoju i stanu zdrowia. Niedostateczna masa ciała jest definiowana jako masa ciała utrzymująca się poniżej minimalnej prawidłowej masy ciała lub, w przypadku dzieci i osób dorastających, poniżej minimalnej oczekiwanej masy ciała.</p>	<p>Jessica w miarę upływu czasu choroby coraz mniej waży. Dochodzi do wagi 41 kilogramów przy wzroście 155 cm.</p>
<p>Silna obawa związana ze zwiększeniem masy ciała lub przytyciem lub zachowania wpływające na zmniejszenie masy ciała nawet w przypadku występowania niedostatecznej masy ciała.</p>	<p>Jessica cały czas boi się przytyć. Mówi, że pojawia się w niej głos „Małpy”, która cały czas wytyka jej, że jest za gruba. Aby schudnąć, stosuje zachowania kompensacyjne, takie jak kompulsywne tańczenie, pływanie, ćwiczenia gimnastyczne. Ćwiczenia powtarza po wiele razy. Jeśli się pomyli, zaczyna od nowa. Ćwiczenia zaczynają zabierać jej cały czas poza szkołą. Ważenie się staje się najważniejszym punktem dnia. Liczy też spożywane przez siebie kalorie.</p>
<p>Zakłócenia w zakresie postrzegania masy ciała lub kształtu własnego ciała, nadmierny wpływ masy ciała lub jego kształtu na samoocenę, uporczywy brak postrzegania niedostatecznej masy ciała jako problemu.</p>	<p>Jessica ma zaburzony obraz siebie. Kiedy patrzy w lustro, widzi osobę grubą. Pomimo że nosi już rozmiar 34, wciąż nie postrzega siebie jako osobę o prawidłowej wadze.</p>

Źródło: Badania własne.

Wspominaliśmy wyżej, że zaburzenia odżywiania występują najczęściej u adolescentów i osób w młodym wieku. Podobnie dzieje się w wypadku poważnych zaburzeń wydalania, którym przyjrzymy się poniżej. Będzie to swoiste uzupełnienie tego, co powiedziano wcześniej a *propos* powieści *Skrzywdzona* autorstwa Cathy Glass.

Zaburzenia wydalania – książka: Cathy Glass, *Skrzywdzona* (2007) – dopowiedzenie

W celu uzupełnienia informacji na temat zaburzeń występujących u Jodie, bohaterki książki Cathy Glass pt. *Skrzywdzona*, należy nadmienić, że wykorzystywana seksualnie dziewczynka miała też zaburzenia wydalania³¹. Były one związane zarówno z moczeniem się mimowolnym, jak i z mazaniem się kałami:

– Chcesz zrobić kupę? – Nie! – Wyszczrzyła zęby w uśmiechu i zanim się zorientowałam, co robi, włożyła rękę do spodni i rozsmarowała kał na swojej buzi (CG, 14).

Zaburzenia te można uznać za bodaj najbardziej dramatyczne spośród całej grupy nieprawidłowości związanych z wydalaniem. Mogą one świadczyć zarówno o obniżonym poziomie intelektualnym, jak również o doświadczeniu przez dziecko drastycznej przemocy seksualnej, co spotkało właśnie Jodie.

10. Zaburzenia z objawami somatycznymi

Książka: Julie Gregory, *Mama kazała mi chorować* (2017)

W tym rozdziale zaprezentowane i poddane analizie zostaną przykłady z książek, w których pojawia się mniej lub bardziej wyeksponowany motyw zaburzeń z objawami somatycznymi. Pierwsza powieść to *Mama kazała mi chorować* autorstwa Julie Gregory, wydana w 2017 roku³². Gregory opowiada w niej swoje nieszczęśliwe życie, jest to zatem opowieść

31 C. Glass, *Skrzywdzona*, przeł. M. Osip-Pokrywka, Warszawa 2007. Skrót: CG, numer strony.

32 J. Gregory, *Mama kazała mi chorować*, przeł. K. Bober, Warszawa 2017. Skrót: JG, numer strony.

autobiograficzna. Krok po kroku odkrywamy wstrząsającą, przepelnioną okrucieństwem i cierpieniem historię życia małej dziewczynki. Dzieciństwo autorki to całe lata przemocy fizycznej i psychicznej doznawanej ze strony dorosłych – matki i ojca. Matka cierpi na zastępczy zespół Münchhausena – jedną z najbardziej złożonych, przerażających i okrutnych form znęcania się rodziców nad dziećmi. Jest ona również najtrudniejsza do wykrycia. W tej chorobie pacjent wie, że jest zdrowy, ale udaje chorobę, żeby zwrócić na siebie uwagę lekarzy i zyskać ich zainteresowanie, co w rzeczywistym życiu jest często niemożliwe. Chory z zespołem Münchhausena jest w stanie dokonać samookaleczenia, żeby uwiarygodnić swoje objawy chorobowe (JG, 8).

Julie Gregory dorastała w dziwnym świecie szpitali i gabinetów lekarskich. Jej życie obracało się wokół niezliczonych wymyślonych chorób, a opiekunowie społeczni oraz lekarze, którzy mogli pomóc, bezwiednie przyczynili się do okaleczenia jej ciała i duszy. Tak naprawdę tragedia tej dziewczynki zaczęła się już w łonie matki. Kobieta celowo źle się odżywała, by zaszkodzić tym samym nienarodzonemu dziecku. To najprawdopodobniej z tego powodu Julie przyszła na świat jako wcześniak:

Moje życie zaczęło się w rachitycznej macicy chorowitej matki, która, nie jedząc, głodziła także mnie. Gdy mnie urodziła, miała silną anemię i zaburzenia wzroku, spowodowane zatruciem. Później wyjaśniała, że z powodu nadciśnienia krew nie dopływała jej do oczu. Urodziłam się przedwcześnie; ważyłam półtora kilograma i wyglądałam jak przezroczyste, błyszczące, niewykulte piskłę. Kiedy dali mi klapsa, nawet nie zapłakałam. Myśleli, że nie żyję. Lekarz chwycił mnie za kostki, spojrzal na moje sine ciało, wiszące głową w dół, i zauważył:

– O rany, jakie ma długie stopy!

Włożyli mnie do inkubatora. Jak wszystkie inne wcześniaki czekałam, aż będę mogła przejść z tej bańki do prawdziwego świata. Od tamtej pory stan mojego zdrowia cały czas balansował na krawędzi. Moje życie można było podsumować słowami: „Ustalmy wreszcie, co jest temu dziecku (JG, 19).

W szkole Julie była bardzo szczupła – właściwie to była wychudzona do tego stopnia, że inne dzieci pytały ją, czy nie choruje aby na anoreksję. Łatwo słała i miała siniaki. Jej życie przepelniały ciągle wizyty u lekarzy, a także badania, których nie lubiła. Wspomina również złość matki, gdy lekarz wydał diagnozę, która jej się nie podobała. Te dziwaczne reakcje matki dawały do zrozumienia, że nie jest ona normalnie funkcjonującą osobą. Matka Julie celowo szukała w dziecku choroby, np. zmuszając

córkę do demonstrowania złego samopoczucia. Dla małego dziecka to bardzo trudna sytuacja, ale dziewczynka bała się reakcji matki, toteż posłusznie podporządkowywała się jej poleceniom:

– Jak się zachowuje chore dziecko, Julie? Pokaż.

Zsuwam się na krawędź krzesła, rozluźniam ręce i nogi. Wyciągam język, dolna warga opada mi, odsłaniając zęby. Wyglądam jak Pigmeje na zdjęciach w „National Geographic”, z ustami rozciągniętymi od kolczyków.

– Bardzo dobrze. Co by sobie pomyślał pan doktor, gdyby zobaczył cię wyprostowaną i uśmiechniętą? Uwierzyliby mi, że jesteś chora? Musisz mu pokazać, jak źle się czujesz w domu. Trzeba cię wyleczyć, żeby mamusia mogła wreszcie odpocząć. [...]

– Okej, kochanie?

– Okej, mamó (JG, 39).

W domu Julii często dochodziło do kłótni rodziców, ojcu zdarzało się nadużywać alkoholu. Był weteranem wojennym, którego po powrocie z wojny w Wietnamie leczono psychiatrycznie. Matka, dla zwrócenia na siebie uwagi męża czy przypodobania się mu, potrafiła z kolei oskarżać dzieci (Julie i jej młodszego brata) o niezawinione czyny, skutkiem czego była złość ojca, a także krzyk oraz bicie. Matka osiąga cel:

Tata bierze zamach i uderza. Na gładkiej skórze Danny'ego natychmiast pojawia się czerwony ślad jak po oparzeniu. Ze mną będzie inaczej. Jestem starsza, mam nadzieję, że tym razem ujdzie mi na sucho. [...] Ryczy z wściekłości, tak, że nie słyhać moich gorączkowych wyjaśnień.

– Liczę do trzech. Raz, dwa...

Chce mnie złapać za rękę. Wybiegam z pokoju przez drzwi z siatką na owady, wyskakuję na ganek i dalej, za basen. Pędzi za mną i chwytą mnie za nadgarstek, ten, który miałam złamany. Zatrzymuje mnie tak gwałtownie, że tracę równowagę. Padam na trawę, ojciec bije mnie po rękach, nogach, głowie i twarzy. Naznacza swoim ulubionym paskiem, twarde krawędzie robią czerwone pręgi na mojej skórze. Mama wymyka się frontowymi drzwiami i po cichu idzie do garażu. Musi wyjąć tę zębatkę ze skrzynki z narzędziami, na wypadek, gdyby sprawdził (JG, 94).

Matka cynicznie skłamała, że dzieci wrzuciły zębatkę ze skrzynki z narzędziami do stawu. Celowo naskarżyła na swoje dzieci, wiedząc, co je czeka. Nie przejmuje się przemocą wobec własnych dzieci, ponieważ sama bardzo chętnie naraża samą siebie na agresję ze strony męża, prowokując go na różne sposoby:

– Gdybyś był mężczyzną, ty tłusty pedale, ty nieudaczniku, leniu... – Z trzaskiem wyłącza telewizor.

Tata podrywa się z fotela jak rozjuszony nosorożec i rzuca się na nią, chwytając jakąś gipsową figurkę. Mama z krzykiem wybiega na korytarz. My chowamy się w kuchni, obserwując ich sylwetki w ciemnym przedpokoju. Ojciec łapie matkę za szyję i przypiera ją do ściany; ona krztusi się i wymachuje rękami jak wielka chuda modliszka. [...] Głowa mamy podskakuje.

– On mnie zabije! Zaraz mnie zabije! – krzyczy mama (JG, 102–103).

Sytuacja, w której dziewczynka była na co dzień traktowana jak osoba ciężko chora, sprawiła, że po jakimś czasie sama w to uwierzyła, myśląc, że jest tak naprawdę:

Sama w domu luster, widziałam obraz, który wpoila mi matka: chorowite stworzenie, skazane na wczesną śmierć (JG, 111: podpis pod zdjęciem Julie).

Julie przechodziła przeróżne badania. Właściwie zrobiono jej całą możliwą diagnostykę w zakresie chorób serca, przyjmowała również wiele leków:

Najbardziej nie lubiłam golenia. W końcu ile włosów na klatce piersiowej może mieć 12-letnia dziewczynka? Mimo to nakładali krem i przeciągali nową, jednorazową maszynką między moimi małymi piersiami. Musiałam mieć gładką skórę bez włosów, żeby białe przyssawki elektrod dobrze przylgnęły do punktów zaznaczonych wokół mojego serca i zarejestrowały jego pracę (JG, 17).

Wiele razy była hospitalizowana. Badano ją również pod kątem zaburzeń pracy układu pokarmowego. Dziewczynka nie stawiała żadnego oporu i pozwalała matce na wszystkie kontrole i badania. Nie wytrzymała dopiero wtedy, gdy została poddana bolesnemu cewnikowaniu:

– Poczujesz lekkie ukłucie, Julie. Musimy ci włożyć plastikową rurkę w cewkę moczową, bo twoja mamusia mówi, że masz kłopoty.

Serce mi wali, co to jest cewka moczowa? Co ta pielęgniarka wyprawia? Otwieram usta, żeby zapytać, ale wydobywa się z nich tylko krzyk przerażenia.

– Julie, nie dam rady, jeśli będziesz się ruszać.
Dźga mnie twardą, plastikową słomką.

Podkurczam ręce i nogi jak pajak, który chce ochronić swoje miękkie podbrzusze. Milcząca pielęgniarka u mojego boku wykręca mi rękę i wbija igłę w żyłę. Naciska tłoczek. Do krwi dostaje się palący płyn, wszystko mnie parzy.

Julie, przestań! Nakazuje pielęgniarka przy moich nogach. – Wiem, że się denerwujesz, ale bądź grzeczna i miejmy to już za sobą. Teraz się nie ruszaj (JG, 118).

Bolesny zabieg wykonany na żądanie matki zupełnie niepotrzebnie wzbudza w Julie bunt. To był punkt zwrotny, który pozwolił jej zwrócić szczególną uwagę na to, że w zachowaniach matki jest coś nie tak. Do nastolatki zaczyna powoli docierać, że jej działania przynoszą same negatywne szkody.

Podobnemu „terrorowi” badawczemu matka poddaje także Danny’ego, czyli młodszego brata Julie:

Danny był w ostatniej grupie w przedszkolu, gdy mama wykryła niepokojące szmery w jego klatce piersiowej. Wszyscy spodziewaliśmy się, że czeka go tylko przedmuchiwanie uszu i usunięcie migdałków, tak jak zrobiono to ze mną. Tymczasem mama oznajmiła, że mały oddycha z trudem, więc będzie mu potrzebny inhalator (JG, 97).

Swoje chorobliwe zachowania matka przenosi także na dzieci, dla których jest rodziną zastępczą. To ostateczny impuls, który powoduje, że nastoletnia już bohaterka postanawia wyrwać się z patologicznej rodziny, chcąc też uratować dzieci pozostające w domu przed losem, który był/ jest jej udziałem. Zgłasza sprawę w pogotowiu opiekuńczym, podejmuje własną terapię. Dlaczego zdecydowała się na to tak późno? Odpowiedź wydaje się prosta. Zachowanie dziewczynki to klasyczny przykład tzw. syndromu sztokholmskiego³³.

33 Anna Bloch-Gnych pisze: „syndrom sztokholmski to mechanizm przetrwania; jest walką o życie. Pojawia się w sytuacjach skrajnie traumatycznych, jak podczas porwania, uwięzienia, bycia zakładnikiem, u osób wykorzystanych seksualnie, jeńców wojennych, członków sekty, ale również może pojawić się w związkach miłosnych, opartych na dominacji jednego z partnerów. Skutki syndromu mogą występować długo po zakończeniu kryzysu”. Objawy i symptomy syndromu sztokholmskiego to:

- pozytywne uczucia ofiary wobec sprawcy;
- zrozumienie przez ofiarę motywów i zachowań sprawcy i podzielenie jego poglądów;
- pozytywne uczucia sprawcy względem ofiary;
- pomocne zachowania ofiary wobec sprawcy;
- negatywne uczucia ofiary wobec rodziny, przyjaciół, autorytetów próbujących ją ratować;
- niezdolność zaangażowania się w zachowania, które mogłyby doprowadzić do jej uwolnienia od sprawcy.

Wszystkie przypadki zaburzeń z objawami somatycznymi, które opisała Julie Gregory, zostały zestawione w tabeli 29.

Tabela 29. Zaburzenia z objawami somatycznymi z książki: J. Gregory, *Mama kazala mi chorować*

Objawy – ICD 10	Opis
Wywiad wskazujący na trwające co najmniej 2 lata skargi na wielorakie i zmienne objawy somatyczne, których nie można wyjaśnić występowaniem żadnej wykrywalnej choroby somatycznej.	Julie od małego dziecka aż do osiągnięcia pełnoletności, odwiedzała z matką gabinety lekarzy-specjalistów, uskarżając się (za namową matki i pod groźbą) na wiele dolegliwości – w tym dolegliwości sercowo-naczyniowe.
Skoncentrowanie się na objawach powoduje utrwalające się cierpienie i prowadzi do ponawiania kolejnych (trzech lub więcej) konsultacji lub badań zarówno u lekarzy opieki podstawowej, jak i u specjalistów.	Matka Julie korzystała z wszystkich dostępnych usług w ramach opieki zdrowotnej, zmieniając tylko w zależności od potrzeby specjalizacje lekarzy lub gabinetów.
Uporczywe odrzucanie zapewnień lekarzy o braku adekwatnej, fizycznej przyczyny tych somatycznych objawów (krótkotrwała aprobata takiego zapewnienia – tj. utrzymująca się do kilku tygodni, w czasie badań lub bezpośrednio po nich – nie wyklucza tego rozpoznania).	Matka nie akceptowała zapewnień kolejnych lekarzy, specjalistów o dobrym stanie zdrowia córki. Z chwilą, gdy lekarz stawiał taką diagnozę – zmieniała specjalistę.
Występuje w sumie sześć lub więcej objawów z podanej listy, należących do co najmniej dwóch oddzielnych grup.	Matka Julie sugerowała lekarzom, że córka ma zarówno objawy żołądkowo-jelitowe, sercowo-naczyniowe, jak i moczowo-płciowe.

Źródło: Badania własne.

11. Zaburzenia poznawcze oraz zaburzenia wpływające na funkcjonowanie poznawcze z kręgu zaburzeń organicznych

Kolejna grupa nieprawidłowości, których literackie i filmowe przykłady zostaną zaprezentowane, to zaburzenia neuropoznawcze. Spośród nich przybliżymy kolejno: chorobę Alzheimera, stwardnienie zanikowe

Por. A. Błoch-Gnych, *Syndrom sztokholmski w relacjach międzyludzkich*, „Niebieska Linia” 2010, nr 4, <https://www.niebieskalinia.pl/aktualnosci/aktualnosci/syndrom-sztokholmski-w-relacjach-miedzyludzkich> [dostęp: 16.08.2021 r.].

boczne, zespół pomijania jednostronnego oraz płasawicę Huntingtona. Główny nacisk zostanie położony na problemy psychiczne, które są z nimi powiązane; mniej istotne będą w tej konfiguracji analitycznej problemy neurologiczne.

Choroba Alzheimera – książka: Lisa Genova, *Motyl* (2011) oraz film „*Motyl Still Alice*”, reż. Richard Glatzer, Wash Westmoreland (2014)

Przebieg choroby Alzheimera z wczesnym początkiem jest głównym motywem tematycznym powieści *Motyl* Lisy Genovej³⁴, opublikowanej w 2007 roku (polski przekład ukazał się w roku 2011). Na podstawie tej książki w 2014 roku nakręcono również film o nieco zmienionym tytule „*Motyl Still Alice*”, którego twórcami byli Richard Glatzer oraz Wash Westmoreland (napisali scenariusz będący adaptacją literackiego pierwowzoru oraz wyreżyserowali film)³⁵.

Główną bohaterką tej historii jest Alice Howland, znana i bardzo lubiana przez swoich studentów wykładowczyni kognitywistyki. Kobiecie powodzi się nie tylko w życiu zawodowym, ale także w życiu prywatnym: jest szczęśliwą żoną i matką trojga dzieci, dwóch córek i jednego syna. Starsza córka spodziewa się dziecka, młodsza jest początkującą aktorką, a syn wykonuje zawód lekarza. Życie Alice to klasyczny przykład fabuły, w której wszystko układa się bardzo dobrze i nic nie wskazuje na to, by cokolwiek miało zakłócić ten harmonijny żywot. Bohaterka, jak na swoje 50 lat, jest bardzo wysportowana, pozostaje w świetnej formie fizycznej i zdrowotnej. Zgodnie z logiką kompozycyjną fabuły, sielankowe życie zostaje zakłócone przez powolne kłopoty z pamięcią, które lekarze początkowo traktują jako rezultat zmęczenia i stresu. Stopniowo stan kobiety coraz bardziej się pogarsza, a diagnoza lekarska tym razem jest bardziej dokładna – Alice choruje na chorobę Alzheimera o wczesnym początku. Powoli traci swoją tożsamość, przestaje poznawać własne dzieci. W komputerze tworzy plik o nazwie „*Motyl*”, by móc odebrać sobie życie, kiedy już będzie bardzo źle. Na szczęście do tego nie dochodzi, ale harmonijne dotąd życie rodziny zmienia się diametralnie.

34 L. Genova, *Motyl*, przeł. Ł. Dunajski, Warszawa 2011. Skrót: LGb, numer strony.

35 Film „*Motyl Still Alice*”, reż. R. Glatzer, Francja–Stany Zjednoczone 2014.

Jednym z pierwszych niepokojących objawów u książkowej Alice jest utrata pamięci świeżej:

Zapominam nazwisk, słów podczas rozmowy, gdzie odłożyłam swój BlackBerry, dlaczego coś jest na mojej liście rzeczy do zrobienia (LGb, 22).

Dla znajomych i bliskich bohaterki sygnałem alarmowym staje się sytuacja podczas świątecznego spotkania, kiedy Alice nie poznaje żony Dana, swojego doktoranta, która została jej przedstawiona wcześniej:

Podczas przerwy w rozmowie, oczy Alice i kobiety w czerwonej sukni spotkały się.

– Przepraszam, jestem Alice Howland. Chyba się jeszcze nie spotkałyśmy.

Kobieta spojrzała nerwowo na Dana, nim odpowiedziała.

– Jestem Beth.

Wyglądała wystarczająco młodo jak na doktorantkę, jednak ponieważ był już grudzień, Alice powinna była rozpoznać nawet studenta pierwszego roku. Pamiętała, jak Marty wspominał, że zatrudnił nową asystentkę badawczą.

– Czy jesteś nową asystentką Marty’ego?

Kobieta znów spojrzała na Dana.

– Jestem żoną Dana.

– Och, to miło, że mogłam cię wreszcie poznać, gratulacje!

Nikt się nie odezwał. Spojrzenie Erika powędrowało od Johna do kieliszka Alice i znów powróciło do Johna, niosąc w sobie cichy sekret. Alice nie została wtajemniczona (LGb, 29).

W późniejszej fazie choroby wszystkie te problemy jeszcze bardziej się potęgują, przez co Alice traci kontrolę nad swoim życiem codziennym, np. nie pamiętając, co chwilę wcześniej mówił do niej mąż:

Wiedziała, że go nie było, jednak ostatnimi czasy czarna dziura demencji zbyt szybko pochłaniała pamięć, pozostawiając spustoszenie w jej głowie. Wyszedł, jednak nie pamiętała dokąd ani kiedy (LGb, 75).

Kolejnym etapem choroby staje się utrata pamięci odległej. Alice zaczyna tracić wiedzę, dzięki której mogła uprawiać swój zawód nauczyciela akademickiego, wykładowcy:

Nagle, na około dziesięć minut przed zakończeniem prezentacji, utknęła. Po prostu nie potrafiła znaleźć odpowiedniego słowa. Miała nikłe poczucie tego, co chciała powiedzieć, jednak samo słowo umykało jej. Zniknęło. Nie wiedziała, na jaką literę się zaczynało, jak brzmiało, ile zawierało sylab. Nie miała go też na końcu języka (LGb, 8).

Problemem stało się również zapominanie drogi do domu. Alice zaczęła gubić się w mieście, w którym od lat mieszkała:

Chciała iść dalej, jednak zamiast tego zastygła w bezruchu. Nie wiedziała, gdzie była. Spojrzała na drugą stronę ulicy. Kobieta z gąbką do naczyń na głowie zaatakowała kolejnego grzesznika czekającego na skrzyżowaniu. Trasa wiodła przez park, hotel, sklepy, splątane ulice. Wiedziała, że była na Harvard Square, jednak nie wiedziała, jak ma trafić do domu. Spróbowała znowu, tym razem używając dokładniejszych nazw. The Harvard Square Hotel, sklepy Eastern Mountain Sports, Dickinson Bros. Hardware, Mount Auburn Street. Znała to wszystko – ten plac był jej ulubionym miejscem od ponad dwudziestu pięciu lat – jednak nic nie pasowało do mapy w jej głowie, która wskazywałaby, w którym kierunku od tego miejsca znajduje się jej dom. Biało-czarny, okrągły znak z literą „T” na środku oznaczał podziemne wejście do stacji kolejowej i autobusowej, jednak na Harvard Square były trzy takie wejścia, a ona nie potrafiła powiedzieć, które było tym właściwym. Jej serce zaczęło bić szybciej. Zaczęła się pocić. Wmawiała sobie, że szybko bijące serce i pocenie się to prawidłowa reakcja ciała na bieg. Jednak gdy tak stała na chodniku, wydawało się, że to objaw paniki. Zmusiła się, by przejść jeszcze kawałek, potem jeszcze trochę, z każdym kolejnym krokiem czując, że jej nogi za chwilę mogą się pod nią załamać. The Harvard Coop, czyli oficjalny sklep Harvardu, sklep z lakociami od Cardullo, kiosk na rogu, biuro informacji Cambridge po drugiej stronie ulicy, a za nim Harvard Yard. Nadal potrafiła czytać i rozpoznawać miejsca. Na nic się to zdało. Wszystko wydawało się wyrwane z kontekstu. Ludzie, samochody, autobusy, mnóstwo halasu nie do zniesienia, otaczającego ją i zacieśniającego się wokół niej. Zamknęła oczy. Wsluchiwała się w bicie swojego serca i puls dudniący za jej uszami.

– Proszę, niech to wszystko się uciszy – wyszeptala.

Otworzyła oczy. Tak jak nagle zniknął znany krajobraz, tak teraz równie szybko powrócił na swoje miejsce. The Harvard Coop, Cardullo, Nini's Corner i Harvard Yard. Od razu wiedziała, że na rogu musi skręcić w lewo i kierować się na zachód Mass Ave. Uspokoila się, nie czując się już dziwnie zagubiona. Jednak nie mogła zaprzeczyć, że przed chwilą właśnie tak się czuła. Szła tak szybko, jak tylko mogła, starając się nie biec. Skręciła w swoją ulicę, cichą, otoczoną drzewami, mieszczącą się niedaleko Mass Ave. Stojąc obiema stopami na podjeździe, a przed oczami mając swój własny dom, poczuła się o wiele bezpieczniej, jednak jeszcze nie do końca (LGb, 13–14).

Zaburzenia pamięci w miarę narastania choroby stają się coraz poważniejsze, budząc coraz większe przerażenie:

Zaburzenia pamięci przydarzały się jej zbyt często i zaczęło ją to niepokoić. Odkładała wykonanie telefonu do lekarza, ponieważ zakładała, że tego typu epizody z czasem po prostu miną. Miała nadzieję, że dowie się czegoś pocieszającego na ten temat od kogoś znajomego i dzięki temu uniknie wizyty u lekarza (LGb, 18).

O swoich kłopotach z pamięcią Alice opowiedziała lekarzowi:

Ostatnio doskwierają mi problemy z pamięcią i nie sędzę, żeby to było coś normalnego. Zapominam słów podczas wykładów i rozmów, muszę zapisać sobie na liście „wykład z kognitywizmu”, żeby o nim nie zapomnieć, zapomniałam pojechać na lotnisko, z którego miałam polecieć na konferencję do Chicago i w rezultacie przegapiłam swój lot. Raz, na Harvard Square, przez kilka minut nie wiedziałam, gdzie się znajduję, a wykładam na Harvardzie i jestem tam codziennie (LGb, 30).

Utrata pamięci odległej sprawia coraz większe problemy, powodując, że nawet najprostsze czynności stają się wyzwaniem. Niemożliwe staje się prowadzenie domu i wykonywanie zupełnie zwyczajnych obowiązków, które kiedyś nie sprawiały kobiecie trudności:

Z uczuciem ulgi Alice wyjęła składniki na pudding czekoladowy i położyła je na blacie – ekstrakt waniliowy, pół litra śmietany, mleko, cukier, biała czekolada, chalka i dwa kartony pakowanych po sześć jaj. Dwanaście jaj? Nawet jeśli kartka papieru, na której zapisany był przepis jej matki wciąż istniała, to Alice nie wiedziała, gdzie była. To był prosty przepis na pudding, który z pewnością był lepszy niż sernik Marty’ego i przyrządzała go w każde święta, odkąd była dzieckiem. Ile jajek? Z pewnością musiało ich być więcej niż sześć, w przeciwnym razie kupiłaby tylko jeden karton. Siedem, osiem, dziewięć? Próbowwała przez chwilę zignorować jajka, ale inne składniki wyglądały dla niej równie obco. Czy miała użyć całej śmietany, czy tylko część? Ile cukru? Czy miała wymieszać wszystkie składniki równocześnie, czy dodawać je w określonej kolejności? Jakiego używała naczynia? W jakiej piekła temperaturze i jak długo? Żadna możliwość nie wydawała jej się przekonująca. Nie potrafiła znaleźć odpowiedzi (LGb, 35).

Problemy w życiu codziennym zaczynają się przekładać na problemy w życiu zawodowym. Osiągają one swoje apogeum w momencie, kiedy siedząc pod salą wykładową i wpuszczając do niej studentów, zapomniała, że miała poprowadzić zajęcia:

Biegła na zajęcia z nadzieją, że choć z całą pewnością była już spóźniona, to jednak nikt nie rozpocznie bez niej. Usiadła w ławce, w czwartym rzędzie od tyłu po lewej stronie. Kilko studentów wchodziło powoli przez tylne drzwi, jednak większość grupy czekała już gotowa na miejscach. Spojrzała na zegarek. Pięć po dziesiątej. Zegar na ścianie potwierdzał ten fakt. To było najbardziej niezwykle. Znalazła sobie zajęcia. Rzuciła okiem na plan studiów i przejrzała notatki z ostatnich zajęć (LGb, 63).

W miarę upływu czasu i nasilania się objawów choroby Alice zapomina ponadto nazw różnych przedmiotów codziennego użytku:

Przekroiła sezamowego rogała na pół i ugryzła. Nie smakował jej na sucho. Kilka możliwości smakowych na stole wzbudziło jej zainteresowanie – dżem z dzikich jagód, słoik masła orzechowego, talerz pełen zwykłego masła oraz pojemnik z białym masłem. Jednak to nie było białe masło. Jak to się nazywało? Nie majonez. Nie, to było za bardzo zbite, tak jak masło. Jak to się nazywa? Wskazała obiekt nożem.

– John, możesz mi to podać?

John podał jej pojemnik z białym masłem. Rozsmarowała grubą warstwę na jednej z półówek rogała i wlepiała w nią wzrok. Doskonale wiedziała, jak smakuje, wiedziała, że lubi ten smak, jednak nie mogła ugryźć, dopóki nie przypomni sobie jego nazwy. Lydia przyglądała się matce obserwującej rogała.

– To serek topiony, mamo.

– No tak, serek topiony. Dziękuję ci, Lydio (LGb, 82–83).

Najbardziej dramatycznym momentem w rozwoju choroby była chwila, w której Alice przestała rozpoznawać twarze swoich najbliższych, męża i córek oraz ich mężów:

Alice wiedziała, że młoda kobieta siedząca naprzeciw była jej córką, jednak fakt, że nie była tego do końca pewna, napawał ją niepokojem. Wiedziała, że miała córkę imieniem Lydia, jednak informacja ta była bardziej wiedzą akademicką niż bezwarunkowym rozumieniem, faktem, z którym się zgadzała, informacją, którą otrzymała i uznała za prawdziwą. Spojrzała na Toma i Annę, którzy również siedzieli przy stole i automatycznie potrafiła powiązać ich twarze ze wspomnieniami o swojej najstarszej córce i synu. Potrafiła przywołać obraz Anny w ślubnej sukni, na Wydziale Prawa, na uniwersytecie, w todze na zakończeniu szkoły średniej oraz w śnieżnobiałej koszuli nocnej, którą upierała się nosić każdego dnia, kiedy miała trzy lata. Pamiętała Toma w stroju akademickim, w gipsie, kiedy złamał nogę na nartach, z aparatem korekcyjnym, w stroju malej ligi oraz w jej ramionach, gdy był niemowlęciem (LGb, 103).

Ostatecznie Alice traci umiejętność rozpoznawania twarzy swoich dzieci. Pokazuje to opisana w książce scena z Lydią, jej młodszą córką:

Alice przestała składać ubranka i spojrzała na kobietę. Była młoda, szczupła, ładna. Była również zmęczona i rozdarta w sobie.

– Ile masz lat? – zapytała Alice.

– Dwadzieścia cztery.

– Dwadzieścia cztery. Uwielbiałam ten okres. Przed tobą całe życie. Mnóstwo możliwości. Jesteś mężatką?

Ładna, rozdarta wewnątrznie kobieta przestała składać ubranka i spojrziała na Alice. Miała oczy w kolorze masła orzechowego, skrywała się w nich szczerość i zakłopotanie.

– Nie, nie jestem mężatką.

– Masz dzieci?

– Nie.

– W takim razie powinnaś zrobić dokładnie to, na czym ci zależy (LGb, 132).

Innym objawem u Alice była coraz częstsza chwiejność emocjonalna powodująca ciągle zamartwianie się:

Kiedy zasypiam, zaczynam się martwić, a wtedy nie mogę spać, ponieważ się denerwuję. Samo mówienie o tym sprawia, że czuję się wyczerpana. Tylko część tego, co właśnie powiedziała, było prawdą. Naprawdę się martwiła. Jednak sypiała jak niemowlę (LGb, 65).

Utrata pamięci spowodowała utratę funkcji wykonawczych. Najbardziej wyraźnie widać to w sytuacji, kiedy kobieta gubi się we własnym domu, a nie mogąc znaleźć łazienki, moczy się:

Gdy dotarła do frontowych drzwi, nagle ciśnienie w pęcherzu dało o sobie znać i przypomniała sobie, że naprawdę musi siku. W pośpiechu wróciła do przedpokoju i otworzyła drzwi łazienki. Ale, ku jej kompletnemu zdziwieniu, to nie była łazienka. Miotła, mop, wiadro, odkurzacz, taboret, skrzynka na narzędzia, żarówki, latarki, wybielacz. Pomieszczenie gospodarcze. Szukała dalej. Kuchnia po lewej, salon po prawej i to wszystko. Mieli przecież łazienkę na parterze, prawda? Musieli mieć. Była tu przecież. Pobieгла do kuchni, jednak znalazła jedynie drzwi, które prowadziły na tylną werandę. Pognała do salonu, jednak oczywiście tam też nie było łazienki. Z powrotem popędziła do przedpokoju i chwyciła za klamkę.

– Błagam cię, Boże, błagam!

Otworzyła drzwi na oścież niczym iluzjonista, który odkrywa swoją najbardziej tajemniczą sztuczkę, jednak łazienka nie pojawiła się w magiczny sposób.

- Jak to możliwe, że zgubiłam się we własnym domu?

Pomyślała o tym, aby popędzić do łazienki na górze, jednak w jakiś przedziwny sposób coś ją zablokowało i stała osłupiała, zawieszona w bełżazienkowej wersji własnego domu. Nie była w stanie dłużej wytrzymać. Doświadczyla nierealnego wrażenia obserwowania samej siebie, tej biednej, nieznannej, płaczącej w przedpokoju kobiety. To wcale nie wyglądało na powściągliwe lzy dorosłej osoby. To był pelen przerażenia, niepohamowany szloch małego dziecka. Nie tylko lęz nie była w stanie już dłużej powstrzymać. John wszedł do domu w samą porę, by zobaczyć sphywający po jej prawej nodze mocz, który wsiąkał w jej spodnie dresowe, skarpetki i adidasy (LGb, 78).

Alice w trakcie wykonywania czynności zaczyna zapominać, co chciała zrobić:

Ali, co robisz? – zapytał John.

Zaskoczona widokiem męża, spojrziała na jego rozczochrane włosy i zmrużone oczy.

– Szukam...

Spojrzał w dół na porzrzucone po całym stole przedmioty. Baterie, zestaw do szycia, klej, centymetr, kilka ładowarek do telefonu, śrubokręt.

– Szukam czegoś.

– Ali, jest po trzeciej. Robisz tylko bałagan. Nie możesz tego poszukać rano?

Był poirytowany. Nie lubił, gdy mu się przeszkadzało w trakcie snu.

– Dobrze.

Położyła się do łóżka i starała się przypomnieć sobie, czego szukała. Był wciąż środek nocy. Wiedziała, że powinna spać (LGb, 99).

Apogeum jej problemów była zaś sytuacja, gdy nieświadomie wchodzi nie do swojej kuchni i zaczyna tam szukać czegoś, nie wiedząc właściwie czego:

Wyjęła wszystko co tam znalazła i postawiła na blacie. Następnie wyjęła talerze i położyła je obok misek i kubków. Otworzyła następną szafkę. W tej również nic nie było na swoim miejscu. W krótkim czasie na blacie pojawiły się talerze, miski, kubki, szklanki do soku, szklanki do wody, kieliszki do wina, garnki, patelnie, pokrywy, ścierki oraz srebro stolowe. Całą kuchnię zastała wywróconą do góry nogami. *Hm, gdzie to było poukładane wcześniej?* Gwizdzący czajnik nie pozwolił jej spokojnie pozbierać myśli. Przekreśliła kurek z gazem. Usłyszała, jak ktoś otwiera drzwi wejściowe. *O Boże, John wrócił wcześniej.*

– John, dlaczego poprzestawiałeś rzeczy w kuchni? – krzyknęła.

– Alice, co ty robisz?

Kobięcy głos ją zaskoczył.

– Ach, to ty, Lauren, przestraszyłaś mnie.

To była jej sąsiadka z naprzeciwka. Lauren nic nie odpowiedziała.

– Przepraszam, może usiądziesz? Właśnie robiłam sobie herbatę.

– Alice, to nie jest twoja kuchnia.

– Co?

Rozejrzała się dookoła – ciemne granitowe blaty, brzozone szafki, białe kafle na podłogach, okno nad zlewem, zmywarka po prawej stronie zlewu, dwa piekarniki. Chwila, przecież nie miała dwóch piekarników, prawda? Dopiero teraz zauważyła lodówkę. Dówód wina. Zbiór zdjęć przyczepionych magnesami do drzwi lodówki przedstawiał Lauren, jej męża, kota i dzieci, których Alice nie rozpoznawała (LGb, 100–101).

Rozwój choroby upośledza coraz bardziej możliwości i funkcje językowe Alice. Ma coraz większe trudności ze znalezieniem odpowiednich słów:

Dla kogoś, kto nie chorował na Alzheimera, wysiłek konieczny do napisania przemówienia, do jego właściwego wygłoszenia, wysiłek potrzebny do uściśnięcia dłoni i prowadzenia klarownych rozmów, z wydawałoby się setką entuzjastycznych uczestników wykładu, musiał być ogromny (LGb, 130).

Później Alice traci również umiejętność czytania i pisania:

Alice przeglądała czasopismo, jednak teraz nie była w stanie przejść do następnej strony. Przepelniała ją nienawiść do tej kobiety i do tej reklamy. Przyglądała się obrazkowi i słowom, czekając, aż myśli nadążą za tym, co już wewnątrz czuła, jednak zanim była w stanie pojąć, co to takiego, doktor Moyer otworzyła drzwi gabinetu (LGb, 65).

Pojawiają się złudzenia wzrokowe oraz omamy:

Pognała przez przedpokój w kierunku drzwi frontowych, jednak zatrzymała się, nim dosięgła klamki. To było najdziwniejsze. Tuż przed drzwiami w podłodze znajdowała się olbrzymia dziura. Była szeroka na cały przedpokój i miała około dwóch i pół metra długości, a wewnątrz panowała ciemność. Nie można było przez nią przejść. Deski podłogowe były wypaczone i skrzywiały, więc rozmawiała ostatnio z Johnem na temat ich wymiany. Czyżby John zatrudnił fachowca? Czy ktoś tutaj dzisiaj był? Nie mogła sobie tego przypomnieć. Bez względu na powód, dopóki dziura w podłodze nie zostanie zalatana, dopóty nie było mowy o wyjściu frontowymi drzwiami (LGb, 106).

Zaczynają się ponadto zachowania paranoiczne związane z podejrzeniem innych o kradzież przedmiotów, których Alice nie może odnaleźć, ponieważ nie pamięta, gdzie leżą:

Wyjmowała puszkę, kartony, butelki, szklanki, naczynia, miski, garnki oraz patelnie. Upychała wszystko na kuchennym stole, a kiedy zabrakło już na nim miejsca, posłużyła się podłogą. Wyjęła każdy płaszcz z szafy w przedpokoju, rozpięła i opróżniła wszystkie kieszenie. Znalazła pieniądze, stare bilety, chusteczki i wciąż nic. Po każdej rewizji osobistej rzucała niewinny płaszcz na podłogę. Zrzuciła gwałtownie poduszki z kanapy i foteli. Opróżniła szufladę biurka oraz szafę na dokumenty. Opróżniła zawartość torby z książkami, torby na laptopa oraz błękitnej torby. Przeszukała sterty rzeczy, dotykając każdego przedmiotu palcami, by przywołać jego nazwę w głowie. I nic. Nie pamiętała miejsc, które już wcześniej sprawdziła. Sterta przekopanych rzeczy była dowodem wcześniejszych poszukiwań. Wygląd domu wskazywał na to, że rozkopała już cały parter. Złana potem, krą-

żyła po domu rozgorączkowana. Nie poddawała się. Pobieгла na górę. Przetrzęsnęła kosz na bieliznę, stoliki nocne, komody, szafy, szkatułkę na biżuterię, kosz na brudną bieliznę, apteczkę. *Sypialnia na dole*. Pobieгла z powrotem po schodach, zlna potem, rozgorączkowana. John stał w przedpokoju, po kostki w płaszczach.

– Co się tu, u diabła, stało? – zapytał.

– Szukam czegoś.

– Czego?

Nie potrafiła tego nazwać, jednak wierzyła, że gdzieś w jej głowie chowała się nazwa, którą знаła.

– Dowiem się, gdy to znajdę.

– To jakiś totalny kataklizm. Wygląda, jakby się do nas włamano.

Nie pomyślała o tym. To by tłumaczyło, dlaczego nie potrafiła tego znaleźć.

– O Boże, może ktoś to ukradł.

– Nikt nas nie okradł. Rozniosłaś dom na kawalki.

Obok kanapy w salonie zauważyła nietknięty kosz z czasopismami. Zostawiła Johna i teorię o kradzieży w przedpokoju, a następnie podniosła ciężki kosz, wyrzuciła czasopisma na podłogę, poszperała w nich i odeszła. John poszedł za nią (LGB, 120–121).

Alice traci też zdolność oceny sytuacji, w której się znajduje, o czym opowiada u lekarza:

Cóż, czasami jestem zdezorientowana i nie wiem, jaką mamy porę dnia, nawet kiedy spoglądam na zegarek, jednak koniec końców dochodzę do tego. Poszłam kiedyś do pracy przekonana, że był ranek, i dopiero kiedy wróciłam do domu, uświadomiłam sobie, że był środek nocy (LGB, 69).

W późniejszej fazie choroby u Alice pojawia się też mutyzm i brak reaktywności, szczególnie w sytuacjach, gdy bodźców jest zbyt dużo, co zauważa jej najmłodsza córka:

- Jak się czujesz, mamó? – zapytał.

– Na ogół dobrze.

– Naprawdę?

– Tak, naprawdę czuję się świetnie.

– Wydajesz się taka milcząca.

– Mówicie zbyt szybko i wszyscy na raz – wyjaśniła Lydia (LGB, 89).

Objawy choroby Alzheimera ukazane w filmie oraz w książce zostały zestawione w tabeli 30.

Tabela 30. Objawy choroby Alzheimera z książki L. Genova, *Motyl* oraz filmu „*Motyl Still Alice*”

Objawy	Przykłady w filmie i książce
Utrata pamięci świeżej.	Zapominanie imion osób, zapominanie, co ma w danej chwili zrobić, zapominanie, co miała w danej chwili powiedzieć.
Utrata pamięci odległej.	Zapominanie twarzy najbliższych – prozopagnozja, zapominanie drogi do domu – agnozja przestrzenna, zapominanie treści wykładu, zapominanie, że jest wykładownicą, zapominanie rozkładu mieszkania – agnozja przestrzenna.
Zmiany osobowości – większa obsesyjność, skrytość.	
Apatia.	
Chwiejność emocjonalna.	Poczucie niepokoju, napady niepokoju w nocy.
Utrata funkcji wykonawczych.	Utrata umiejętności kontroli pęcharza moczowego, utrata umiejętności zrobienia puddingu.
Pogorszenie funkcji językowych – trudność ze znalezieniem słów.	Trudność z czytaniem, pisananiem, tworzeniem tekstu do wygłoszenia.
Pogorszenie czytania i pisania.	Postępujące problemy z czytaniem dłuższych tekstów, z pisananiem.
Złudzenia i omamy.	Złudzenie dziury w podłodze.
Zachowania paranoiczne.	Poszukiwania przedmiotów i podejrzenia, że ktoś je ukraść.
Utrata zdolności oceny sytuacji.	
Mutyzm i brak reaktywności w późnej fazie choroby.	W późniejszym czasie coraz większe okresy milczenia spowodowane nienadążaniem za wypowiedziami innych.

Źródło: Badania własne.

W następnym podrozdziale omówiona zostanie literacka interpretacja choroby z kręgu zaburzeń wpływających na funkcjonowanie psychiczne i poznawcze. Będzie to stwardnienie zanikowe boczne, o którym pisze Lisa Genova w powieści pt. *Życie za wszelką cenę*, opublikowanej w 2019 roku.

Choroba SLA – książka: Lisa Genova, *Życie za wszelką cenę* (2019)

Stwardnienie boczne zanikowe to choroba neurologiczna, która bardzo mocno wpływa na funkcjonowanie poznawcze i życie społeczne osoby chorej. Lisa Genova uczyniła bohaterem swej książki Richarda, wybitnego i odnoszącego sukcesy muzyka i pianistę³⁶. Życie osobiste artysty jest w sposób konwencjonalny skomplikowane i stereotypowe. Jest człowiekiem rozwiedzionym, a jego rodzina (była żona Karina i córka Grace) wie dzie własny żywot, niezależny od męża i ojca. Życie Richarda zbliża się natomiast do świata sukcesu, blichtru, romansów – i egocentryzmu. Kierunek, w którym podąża bohater powieści, zawraca choroba. W przypadku pianisty schorzenie, na które skazał go los, jest tym bardziej tragiczne, że uniemożliwia mu kontynuowanie kariery i rozwijanie talentu muzycznego. Zaczyna się od paraliżu prawego ramienia, tak ważnego dla pianisty, potem zanikają wszystkie mięśnie, głos i oddech. Była żona Karina staje się jego opiekunką. Tragiczna kondycja zdrowotna Richarda paradoksalnie odbudowuje rodzinę.

Choroba postępuje szybko, choć etapami. Na początku pojawiają się jedynie nieśmiałe objawy, które później stopniowo narastają. Te wczesne doświadczenia choroby niepokoją Richarda, który „zauważył [...], że przez cały dzisiejszy koncert ślizga się po dźwiękach, zamiast głęboko je wygrywać” (LGc, 10).

Autorka powieści kreśli obraz zmagającego się z żywiołem muzycznym pianisty, któremu choroba odbiera władzę nad instrumentem. Rozwój choroby prowadzi do niesymetrycznych zaników mięśni:

Richard podnosi swoją pozbawioną życia prawą dłoń i kładzie ją na klawiszach, ustawiając prawy kciuk na razkreślnym C, zaś mały palec na G. Czuje śliski chłód klawiszy. Ten dotyk działa na jego zmysły, uwodzi go. Klawisze pragną, by je pieścić, czekają na jego sygnał, jednak on nie może zareagować i to zdarzenie nagle wydaje mu się najokrutniejszą chwilą jego życia. Wpatruje się przerażony w swoją martwą rękę spoczywającą na bieli pięknych klawiszy. Nie chodzi wyłącznie o to, że jego ręka jest pozbawiona ruchu, martwa, a jego palce się nie podkurczają. Cała dłoń jest zbyt płaska, pozbawiona tonu, osobowości. Zwyródniała, zwiotczała, niezdolna do działania. Wygląda na sztuczną niczym

36 L. Genova, *Życie za wszelką cenę*, przeł. J. Dziubińska, Warszawa 2019. Korzystamy z wydania e-book w formacie PDF, dlatego też numery stron w wersji papierowej i elektronicznej mogą się różnić. Skróć: LGc, numer strony.

kostium na Halloween, rekwizyt filmowy, woskowa proteza. Niemożliwe, aby do niego należała (LGc, 52).

Następuje stopniowy zanik wszystkich mięśni z wyjątkiem mięśnia sercowego i gałek ocznych. Zaczynają się problemy z codziennymi czynnościami:

Skarpetki i spodnie stanowią wyzwanie, ale ich założenie jest wykonalne. Natomiast sznurowane buty to już dla niego przeszłość (LGc, 72).

Richard musi organizować sobie swoje życie na nowy sposób:

Richard idzie do kuchni i wtedy Karina to zauważa. Jego ręce się nie bujają. Zwisają z ramion, nieruchome, pozbawione życia. Obie wyglądają dziwnie, wręcz nieludzko. Palce jego prawej dłoni są proste jak druty i spłaszczone. Druga dłoń przypomina dziwnie przykurczone szpony. Richard podchodzi do jednego z koktajli, opuszcza głowę do słomki i pije. Jego ręce są całkowicie sparaliżowane. Richard przygląda się byleż żonie, podczas gdy ona przyswaja tę informację. Karina uśmiecha się, próbując zamaskować swoją prawdziwą reakcję, jakby chowała pod płaszczem oczywiste przerażenie (LGc, 115).

Szczególnie dotkliwe stają się problemy z oddychaniem:

Jego pulmonolog twierdzi, że w ciągu najbliższego miesiąca Richard będzie potrzebował aparatu wspomagającego oddychanie BiPAP. Już go dla niego zamówiono. Będzie musiał wkładać do spania maskę na nos i usta, która pod ciśnieniem wtłoczy powietrze do jego płuc i wyssie je z powrotem. Lekarz mówi, że to nic wielkiego. BiPAP jest bezinwazyjny (LGc, 125).

Richard zachowuje do końca świadomość. Oznacza to, że dokładnie wie, co go czeka:

Choć Richard nie może znieść rozmów na ten temat, jest w pełni świadomy tego, jaki będzie ostatni etap – ostatni betonowy klocek. Kiedy już jego przepona i mięśnie brzucha całkowicie odmówią posłuszeństwa i nie będzie w stanie samodzielnie wytwarzać ciśnienia wdechu, ostatnią propozycją od jego wielodyscyplinarnej ekipy specjalistów będzie wentylacja mechaniczna poprzez rurkę intubacyjną. Wspomaganie życia dwadzieścia cztery godziny na dobę. Zanurzony w ruchomych piaskach po gałki oczne będzie musiał mrugać, jeśli zechce dalej żyć (LGc, 126).

Powoli traci też panowanie nad swoimi jelitami:

Patrzy na swój wzdęty brzuch. Nie jest gruby. Mimo zrównoważonej diety złożonej z shake'ów jest niepokojąco wychudzony. To mięśnie brzucha zaczęły się rozluźniać. Staje bokiem przed lustrem w łazience i przygląda się swojemu profilowi. Ma brzuszek niemowlaka, mięsień piwny starego faceta. Od pięciu dni nie może się też wypróżnić. Jego neurolog ostatnio przepisał mu glikopyrrolat, lek antycholinergiczny, który ogranicza wydzielanie śliny w ustach, żeby z tyłu gardła nie zbierało się za dużo płynu. Zanim zaczął brać leki, miał kilka uporczywych ataków kaszlu, które trwały tak długo, że Bill i któryś z terapeutów, który był z nim w pokoju, poważnie obawiali się, że Richard lada chwila udusi się w swoich własnych płwocinach. Na szczęście lek okazał się skuteczny, ale ma swoją cenę. Mniej śliny, więcej gówna (LGc, 128–129).

Sytuacja, w której znalazł się Richard, jest dla niego dramatyczna i upokarzająca. Niespodziewana potrzeba wypróżnienia się w trakcie spaceru doprowadza do krępującej sytuacji. Richard nadaremno usiłuje znaleźć pomoc:

Dziewczyna go zauważa. Dzięki Bogu. Wyciąga słuchawki z uszu i zwalnia.

– Możesz mi pomóc wyciągnąć klucz z kieszeni i otworzyć drzwi?

Dziewczyna robi zaniepokojoną minę.

– Przykro mi – odpowiada szybko i biegnie dalej, nie odwracając się za siebie.

Praktycznie rzuciła się do ucieczki. Richard może sobie tylko wyobrazić, jak wygląda i mówi: spocone, obite czoło, bezwładne ręce, pochylony tors, monotoniczny ton głosu, na dźwięk którego ciarki przechodzą po plecach. On też by uciekł. Nie widzi nikogo innego po swojej stronie ulicy, a jego głos jest zbyt słaby, żeby zdołał zwrócić na siebie uwagę osoby z psem spacerującej po parku. Spogląda na swój telefon. Jest dwunasta dwadzieścia, Melanie przyjdzie dopiero za ponad godzinę. Nie wytrzyma tyle. Może mogą mu wysłać kogoś innego, od razu. Tak! Aktywuje sterowanie głosowe w telefonie. Czuje falę bólu i parcia, tak nagle, że aż zgina się w pasie. Wie, że to jego ostatnia szansa. Ledwie jest w stanie mówić (LGc, 163–164).

Ogromnym problemem jest utrata tak oczywistych zdolności dla zdrowego człowieka, jak możliwość odkaszlnięcia:

Co gorsza, jego mięśnie brzucha i przepona są tak słabe, że nie potrafi wykrzesać z siebie ani jednego kaszlnięcia, jak zrobiliby w tej sytuacji normalny człowiek (LGc, 210).

Ma ponadto coraz większe problemy z oddychaniem:

Drugim wielkim odkryciem podczas wizyty w klinice była wątpliwa jakość jego oddechu. Jego natężona pojemność życiowa, maksymalna ilość powietrza, którą jest w stanie wydąć z płuc, spadła do czterdziestu dwóch procent. Przez ostatnie trzy miesiące zaczął

zauważać, że często brakuje mu tchu, gdy przechodzi z pokoju do pokoju, a kiedy mówi, musi robić sobie przerwę co cztery, pięć słów, poza tym mówi tylko na wydechu (LGc, 216–217).

Bardzo ważnym i trudnym momentem dla Richarda, który warto odnotować, jest chwila, gdy stają się niezdolne do chodzenia:

Nie mając czym się zająć, Richard postanawia wrócić do swojego pokoju, gdy nagle dopada go nagła świadomość, jakby obserwował siebie z zewnątrz, w zwolnionym tempie, że upada. Chciał zdaje się zrobić krok prawą nogą, ale ona nie odpowiedziała. Coś się zerwało na styku pomiędzy neuronami a mięśniami. Coś nie wypaliło, nie posłuchało, nie zaskoczyło. Coś puściło, odpięło się i zwykła komenda: „Idź” zakończyła się fiaskiem, połączenie zostało zerwane. W ułamku sekundy, zanim Richard uderzy o podłogę, zdaje sobie sprawę, że nie ma jak zamortyzować upadku. Próbuje obrócić głowę, ale jest za późno. Jego broda i nos brutalnie uderzają o ziemię.

Z prawego nozdrza sączy się ciepła krew. Czuje w ustach metaliczną słoność. Rejestruje ostry, pulsujący ból, głównie u nasady nosa i między oczami. Analizuje stan swoich kończyn, próbując ustalić, czy coś sobie złamał. Nie wyczuwa prawej nogi. Świadomość dociera do niego jak płynny beton, zalewając jego ciało od wewnątrz, zamieniając go w nieruchomą bryłę. Niczego sobie nie złamał, ale nie może się podnieść. Jego prawą nogę właśnie pochłonęło ALS. Gdy tak leży na kuchennej podłodze, godzi się z myślą, że nigdy więcej nie będzie chodził. Próbuje zawołać Grace, ale ledwie jest w stanie zaczerpnąć w tej pozycji tyle powietrza, by móc oddychać, a co dopiero wytworzyć dźwięk. Unosi głowę i próbuje raz jeszcze (LGc, 324–325).

W dalszej kolejności wyłączają się mięśnie, właściwie jeden po drugim:

Nie ma na tyle siły w mięśniach szyi, żeby to skorygować. Jego improwizowany śliniak z ręcznika, który miał na piersi, spadł na podłogę, więc przód koszuli Richarda przesiąknięty jest śliną. Galki oczne wciąż są zmęczone po tym, jak wyteżał wzrok, spoglądając do góry i na lewo, w stronę ekranu. Teraz więc gapi się na podłogę, zgodnie z kierunkiem opadania głowy i oczu, i słucha *Sędzi Judy*, poddając się stanowi rzeczy (LGc, 346).

Pod koniec życia każdy oddech jest wysiłkiem wspieranym przez maszyny. Autorka powieści w dłuższym passusie usiłuje uzmysłwić czytelnikowi, przez co przechodzi Richard:

Richard nie może oddychać. Już bez bloku betonu każdy wdech odczuwa tak, jakby chciał skoczyć w fale oceanu, ale zatrzymywał się w wodzie po kostki. Teraz nastąpił nagły odpływ. Z trudem próbuje złapać choć trochę powietrza, topi się na suchym lądzie. Nie czuje uderzenia adrenaliny, samozachowawczego, zwierzęcego instynktu. To się może

skończyć śmiertelnie. *Natychmiast więcej powietrza*. Tylko że on nie może uciec ani walczyć. Próbuje na kolejnym wydechu zawołać o pomoc, ale udaje mu się jedynie popłuć. Karina w kuchni pije kawę, a on, zupełnie bez ostrzeżenia, umiera w salonie.

Wdech. Wydech.

Jego ciało jest spętane, ściętna i mięśnie jego szyi zaciskają się, gwałtownie drżąc z wysiłku. Każdy oddech wydaje się jak wciągnięty przez cienką, przytkaną słomkę. Ma wrażenie, że się dusi. Przelęka ślinę. Krztusi się.

Wdech. Wydech.

Płytkie lyczki. Jest tak bardzo zlakniony powietrza. Jego komórki dosłownie głodują z braku tlenu. Tylko oddychaj, dziennie, spędzonych w absolutnym skupieniu na ćwiczeniu raz za razem każdej części utworu. Walka z potwornym fizycznym bólem i mentalnym wycieńczeniem do chwili, gdy w końcu był w stanie zagrać cały utwór z pamięci i bez błędu. A teraz ten sam opór, wolę i cel koncentruje na swoim oddechu.

Wdech. Wydech.

To teraz jego piosenka. Nie jest sparaliżowanym ciałem, tymi krzyczącymi płucami, pierwotnym lękiem. Stanie się instrumentem oddychania.

Oddychaj.

Jeszcze raz. Wciągnij powietrze. Wypchnij je. Jeszcze raz. Za mało. Jest zmęczony, na wpół uduszony, spragniony powietrza. Ponoś klęskę. Jeszcze nie tak dawno i jednocześnie bardzo dawno temu gra na instrumencie była dla niego jak oddychanie. Teraz oddychanie to tylko oddychanie. Jego praca. Jego cel. Jego pasja. Jego istnienie. Musi dalej oddychać. Nie chce umierać (LGc, 369–370).

Od początku choroby pojawiają się u Richarda takie objawy, jak bezwolne drgania mięśni:

Na powierzchnię wypływa pierwszy bąbelek, ledwie pstryknięcie w lewej łydce. Wibruje tam przez kilka sekund jako zapowiedź czegoś większego, po czym przeskakuje od razu do mięśni czworogłowych uda, tuż nad kolaniem. Wtedy zaczyna pulsować nasada prawego kciuka. Raz za razem, bez ustanku (LGc, 32).

Paradoksalnie objawy te Richard traktuje jako potwierdzenie, że jeszcze żyje:

A mimo to Richard ma całkowitą pewność, że ból minie. W którymś momencie drganie w każdej grupie mięśni – w rękach, nogach, ustach, przeponie – ustanie na zawsze, powinien więc polubić drgania. I być za nie wdzięcznym. Drganie oznacza, że jego mięśnie nadal są zdolne do reakcji (LGc, 33).

Stwardnienie boczne zanikowe to choroba, która postępuje dosyć szybko, zwykle w ciągu czterech lat kończy się śmiercią:

Czeka i wstrzymuje powietrze w płucach, starając się dosłyszec wdech. W pokoju panuje niczym niezmacona cisza. Karina czeka dluzej, by miec absolutna pewnosc. Richard odszedl (LGc, 410–411).

Zestawienie wszystkich objawów chorego na stwardnienie zanikowe bohatera powieści Lisy Genovej zostało zaprezentowane w tabeli 31.

Tabela 31. Objawy stwardnienia zanikowego boczego z książki: L. Genova, *Życie za wszelką cenę*

Objawy	Przykłady w książce
Choroba postępująca.	Choroba postępuje bardzo szybko od delikatnych objawów związanych z pogorszeniem gry na fortepianie aż po całkowity paraliż.
Prowadzi do niesymetrycznych zaników mięśni.	Zanik mięśni u Richarda jest niesymetryczny.
Następuje zanik wszystkich mięśni z wyjątkiem mięśnia sercowego i gałek ocznych.	U Richarda zanikają mięśnie, paraliżując wpieryw zdolność posługiwania się rękami, następnie też panowania nad jelitami i pęcherzem, chodzenia oraz oddychania. Na końcu pracuje u Richarda tylko serce i mięśnie gałek ocznych.
Choroba postępuje szybko, zwykle w ciągu czterech lat kończy się śmiercią.	Stosunkowo szybko choroba Richarda kończy się śmiercią.
Choroba rzadko współistnieje z otępieniem. W porażeniu rzekomoopuszkowym obserwuje się chwiejność emocjonalną.	Richard do końca jest całkiem świadomy tego, co z nim się dzieje.
Bezwolne drgania mięśni.	Już na początku w chorobie pojawiają się bezwolne drgania niektórych mięśni.

Źródło: Badania własne.

W następnym podrozdziale, na przykładzie powieści *Lewa strona życia* tej samej autorki, opublikowanej w 2018 roku, zaprezentowane zostanie kolejne literackie ujęcie zaburzeń poznawczych: zespół pomijania jednostronnego.

Zespół pomijania jednostronnego – książka: Lisa Genova, *Lewa strona życia* (2018)

Bohaterka książki Lisy Genovy pt. *Lewa strona życia*, Sarah Nickerson, jest kobietą sukcesu, która ma wszystko: szczęśliwą rodzinę, piękny dom i świetną pracę³⁷. Łączy obowiązki rekruterki w dużej korporacji oraz matki dwójki dzieci. Wydaje się, że panuje nad swoim życiem w sposób nieurągający perfekcyjności. Cały ten sielankowy obraz zakłóca jednak poważny wypadek – bohaterka doznaje skomplikowanego urazu głowy i traci zdolność postrzegania istnienia lewej strony świata. Znika ona z jej świadomości. Sarah przestaje być niezależną kobietą, zaczyna wymagać opieki innych. Musi nauczyć się żyć ze swoją niepełnosprawnością, na nowo zdefiniować własną hierarchię wartości, a przede wszystkim znaleźć w życiu motywację do podejmowania kolejnych wyzwań mimo przeciwnościw losu.

Sarah nie widzi lewej strony własnego ciała. Diagnozę stawia lekarz neurolog:

– Czy mogłabyś wziąć w kółko wszystkie litery A? Wykonuję to zadanie. – Jesteś pewna, że znalazłaś wszystkie? – pyta. Sprawdzam swój test. – Tak. Wyjmuje kolejną kartkę. – Narysuj pionową kreskę przez środek każdej z tych poziomych linii. Dzielę dziewięć linii na połowę. Podnoszę głowę, gotowa rozwiązywać kolejne zadania. – Już wszystkie? Dobrze, to odstawmy teraz ten stolik. Czy możesz wyciągnąć obie ręce do przodu, wnętrzem dłoni do góry? Wykonuję polecenie. – Wyciągnęłaś obie ręce? – Tak. – Czy ona jest sparaliżowana? – pyta Bob. Dlaczego on znowu zadaje takie bezsensowne pytanie? Sam nie widział, że wyciągnęłam ręce? Dr Kwon opukuje moje ręce i nogi małym gumowym młoteczkami. – Nie, jej lewa strona jest trochę słabsza, ale z czasem po rehabilitacji wróci do formy. Ma zespół niewagi stronnej. Jest to dość powszechne u pacjentów, którzy doznali uszkodzenia prawej półkuli mózgu, zazwyczaj po krwotoku lub wylewie. Jej mózg nie zwraca uwagi na nic, co znajduje się po lewej stronie. „Lewa” dla niej nie istnieje. – Co to znaczy, że „nie istnieje”? – pyta Bob. – Dokładnie to, co znaczy. Nie ma jej dla niej. Nie zauważył pan, jeśli pan stanie po jej lewej stronie, nie tknie jedzenia po lewej stronie talerza i być może nie będzie chciała uwierzyć, że lewa ręka należy do niej. – To dlatego, że „lewa” dla niej nie istnieje? – pyta Bob. – Właśnie – potwierdza dr Kwon. – To znaczy, tak. – Czy kiedyś znowu je zauważy? – pyta Bob. – Może tak, a może nie. U niektórych pacjentów obserwujemy zanik symptomów po pierwszych kilku tygodniach, wraz z ustąpieniem skutków krwotoku i wyleczeniem mózgu. U innych ten stan trwa i najlepsze, co można zrobić, to nauczyć się z tym żyć. – Bez lewej strony – mówi

37 Zob. L. Genova, *Lewa strona życia*, przeł. A. Kalus, Warszawa 2018. Skrót: LGd, numer strony.

Bob. – Tak. – Nie wydaje się, żeby zauważyła, że jej nie ma – mówi Bob. – Dokładnie, tak bywa u większości pacjentów w fazie następującej po urazie. Jest nieświadoma tego, że jest nieświadoma istnienia lewej strony. Nie ma świadomości tego, że lewa strona wszystkiego gdzieś zniknęła. Według niej wszystko jest na miejscu i takie, jak trzeba (LGd, 62–63).

Sarah zachowuje racjonalny osąd i ma świadomość, że lewa strona jej ciała istnieje, ale jednocześnie odnosi wrażenie, jakby ta sama lewa strona niejako „zaginęła”:

– Czy wiesz, że masz lewą rękę? – pyta mnie Bob. – Oczywiście, że wiem, że mam lewą rękę – mówię, zażenowana tym, że zadaje mi takie niedorzeczne pytania. Po chwili głębiej zastanawiam się nad tym śmiesznym pytaniem. Gdzie jest moja lewa ręka? Nie mam pojęcia. O Boże, gdzie jest moja lewa ręka? A co z moją lewą stopą? Ona też zginęła. Poruszam palcami prawej nogi. Staram się wysłać taki sam sygnał do mojej lewej stopy, ale mózg zwraca sygnał do nadawcy. Przepraszamy, taki adres nie istnieje. – Bob, wiem, że mam lewą rękę, ale nie mam pojęcia, gdzie ona jest (LGd, 63).

Uraz jest poważny do tego stopnia, że nawet bezpośredni kontakt wzrokowy z własną lewą kończyną nie doprowadza do konkluzji, że to jej ręka, która stała się „obca”:

Kiedy mnie dotyka, widzę swoje przedramię, nadgarstek, dłoni. A mimo tego chociaż czuję, że to dotyczy mnie, jest tak, jakbym przyglądała się, jak mama myje rękę należącą do kogoś innego. Tak jakby materiał na mojej skórze mówił mojemu mózgowi: Czujesz to? To jest twoje lewe ramię. Czujesz to? To jest twój lewy łokieć. Ale inna część mojego mózgu, wyniosła i stanowcza, która musi mieć ostatnie słowo, co chwilę wtrąca: Nie słuchaj tych głupot! Nie masz niczego lewego! Nie ma żadnej lewej strony! (LGd, 72–73).

Brak postrzegania lewej strony staje się bardzo problematyczny, ponieważ uniemożliwia normalne funkcjonowanie. Wyzwaniem staje się nawet chęć pójścia do łazienki:

Od wypadku jeszcze nie wstawałam i nie korzystałam sama z toalety, więc nie wiem, dlaczego nagle poczułam, że sama sobie z tym poradzę. Być może dlatego, że czuję się całkiem zwyczajnie i chce mi się siku. Nie pamiętam o tym, że mam tylko jedną połowę, że widzę tylko połowę mamy i połowę łazienki. Nie wydaje mi się, że czegoś brakuje. Aż do momentu, gdy robię pierwszy krok. Nie jestem pewna, gdzie znajduje się moja lewa stopa w stosunku do podłogi, i nie wiem, czy moje kolano jest wyprostowane, czy zgięte. Potem przychodzi mi do głowy, że chyba jestem mocno rozciągnięta i po dramatycznej sekundzie decyduję się zrobić krok prawą nogą. Ale mój punkt ciężkości jest przesunięty w nieokreśloną stronę i następną rzeczą, którą pamiętam jest upadek na podłogę (LGd, 75).

Przemieszczanie się na wózku inwalidzkim wcale tej sytuacji nie poprawia:

Ale chyba użyłam innego przepisu niż ostatnim razem, bo coś się zepsuło. Zjechałam z żółtej linii, odczuwam ból, ale nie mogę zlokalizować jego źródła. Podnoszę wzrok na mamę i grymas na jej twarzy mówi mi, że cokolwiek się stało, na pewno jest to bolesne. Bardzo. A potem uświadamiam sobie, że chodzi o moją lewą rękę. – Stop. Zatrzymaj się. Ręka zaplątała ci się w koło. Czekaj – mówi Martha. Pochyliła się i powoli wycofuje wózek, wyciągając moją lewą dłoń pomiędzy szprych koła (LGd, 106).

Pomimo trudności Sarah powoli stara się uaktywnić i nauczyć poruszania:

Chodzenie z lewą nogą, która raz się pojawia, a raz znika, jest nieopisanie frustrujące i skomplikowane. Nawet zrobienie kroku prawą nogą wymaga stalej i niezachwianej wiary w istnienie lewej strony, ponieważ kiedy prawa noga znajduje się w przestrzeni pomiędzy jednym a drugim krokiem, opieram się wówczas na lewej nodze. Moja lewa noga i stopa muszą być właściwie uaktywnione, w pozycji pomiędzy ugięciem a rozprostowaniem, niezawodnie utrzymujące równowagę oraz wagę mojego ciała w pionie – to wymagający rozkaz dla czegoś, co w ogóle nie odczuwa żadnej lojalności w stosunku do mojej osoby. Czasami wydaję mi się, że najłatwiej byłoby skakać na prawej nodze, ale dotychczas nie miałam odwagi, żeby tego wypróbować. Logicznie, skakanie powinno się udać, ale z drugiej strony domyślam się, że skończyłoby się moim upadkiem na podłogę. Przewidywany rezultat nie powinien mnie zniechęcać, ponieważ prawie za każdym razem ląduję na podłodze. Mam na ciele duże, kolorowe siniaki. Aż trudno uwierzyć, że jeszcze nie złamałam biodra i nie zwichnęłam kolana. Dzięki Bogu mam silne kości i luźne stawy. Chyba po prostu wiem, że na dłuższą metę skakanie nie jest praktycznym rozwiązaniem (LGd, 127).

Sarah jest zmotywowana do poprawy swego zdrowia i odzyskania dawnej niezależności, choć podejmowane próby często kończą się niepowodzeniem:

Teraz moja lewa noga znajduje się gdzieś za mną, a sztuczka polega na tym, żeby o niej pamiętać i wierzyć w to, że jest gdzieś z tyłu. Potem muszę ją znaleźć i przyciągnąć do siebie. Oczywiście, naturalne byłoby podniesienie jej i zrobienie kroku do przodu. Ale – ku mojej konsternacji – nie umiem tego zrobić. Podnoszę lewą nogę i staram się iść normalnie, jak człowiek (cóż, normalny człowiek z babciną laską), tylko kiedy jestem w siłowni na materacu i ktoś mnie asekuje. Jeśli podnoszę z ziemi lewą nogę, mogę (i zazwyczaj tak się dzieje) stracić kontrolę nad tym, gdzie ona jest i potem nie umiem przewidzieć, kiedy znowu dotknie podłogi, zawsze wydaje mi się za późno lub za wcześnie i kończy się to czymś dziwnym i bolesnym, co odczuwam, leżąc rozciągnięta na podłodze. Zatem ciągnę za sobą lewą nogę. Tak jest dużo bezpieczniej i moje szanse na pójście przed sie-

bie znacząco rosną, jeśli lewa stopa nie traci kontaktu z podłogą. Wiem, że to wygląda żałośnie, ale i tak ubrana jestem w czarne spodnie na gumce, jak moja mama, jaskrawo różową czapkę z polaru, skarpetki nie do pary i nie mam żadnego makijażu. Chyba mogę powiedzieć, że próżność całkiem wyparowała mi z głowy. Poza tym, teraz nie pora na to, żeby szarżować. Jeśli upadnę, Martha i mama rzucą się, żeby pomóc mi wstać z podłogi. A ja nie chcę niczyjej pomocy (LGd, 128).

Lewostronne pomijanie swojego ciała utrudnia też inne czynności życia codziennego, jak np. robienie makijażu:

Patrząc na swoją twarz w lustrze, macham szczoteczką we wszystkie strony w nadziei, że przypadkowo zahaczę o lewą. Bóg mi świadkiem, że nie specjalnie omijam tę stronę. Jeśli się nie skupię, nie jestem nawet świadoma tego, że mam lewą stronę twarzy. A pod koniec dnia trudno mi się skupić (LGd, 173).

Sarah pomija w postrzeganiu również całą przestrzeń, która otacza ją z lewej strony. Istnieje dla niej jedynie prawa część pokoju, lewa jest niedostrzegalna. Po wypadku, gdy przebywała w szpitalu, nie zauważyła męża, który stał tuż obok:

– Czy mógłby pan poprosić mojego męża? Chciałabym, żeby też to usłyszał. – Jestem tutaj – mówi Bob. Odwracam się, żeby na niego spojrzeć, ale tam go nie ma. W pokoju jestem tylko ja i przystojny doktor Kwon. – Dlaczego patrzysz na krzesło? Przecież jestem tutaj – mówi Bob. – Bob? Nie mogę cię znaleźć. – Proszę stanąć z mojej drugiej strony – mówi dr Kwon. – A, tutaj jesteś! – mówię, jakbyśmy bawili się w chowanego. Dziwne, że jeszcze przed chwilą go nie widziałam. Może na skutek wypadku pogorszył mi się wzrok. Może stanął za daleko w tyle sali. Dr Kwon podnosi zagłówek mojego łóżka, żebym mogła siedzieć wyprostowana (LGd, 61).

To samo dotyczy postrzegania wszelkich przedmiotów, które znajdują się po stronie lewej, np. jedzenia na talerzu:

– Co byś powiedziała, gdybym ci zdradził, że na talerzu miałś czekoladowy batonik? – pyta z uśmiechem. Muszę przyznać, że teraz się postarał. Czekolada jest niewątpliwie dobrą przynętą. Ale nie potrzebuję aż takiej zachęty. Sama jestem wystarczająco zmotywowana. Przecież niespecjalnie nie widzę tego, co on widzi. – Nie widzę go. Wobec tego może uda mi się go wymacać. Przesuwam palcami po czystym białym talerzu. Niczego na nim nie ma. Nie znalazłam ani ziarenka ryżu, ani nawet kęsa czekolady. – Spróbuj pochylić głowę w lewo. Gapię się na talerz. – Nie wiem, jak mam to zrobić. Nie wiem, jak mam zobaczyć miejsce, o którym pan mówi. Nie ma takiego miejsca, które mogłabym zobaczyć, odwracając czy pochylając głowę (LGd, 65).

Autorka powieści skrupulatnie i szczegółowi tłumaczy czytelnikowi, na czym polega omawiane schorzenie. Najczęściej oddaje głos samej Sarze, której wyznania umożliwiają czytelnikowi zrozumienie problemów, jakie dotyczą osoby niedostrzegające lewej strony rzeczywistości. Jest to sprytny zabieg narracyjny, który sprawia, że cała sytuacja wydaje się odbiorcy bardziej autentyczna, wywodzi się bowiem z doświadczenia, dodatkowo konfrontowanego z wypowiedziami leczącego bohaterkę neurologa:

Tak, jakby pan kazał mi odwrócić się i zobaczyć, co mam na plecach. Wiem, że moje plecy istnieją, ale nie mam pojęcia, jak mam je zobaczyć. Zapisuje to, a pisząc potakuje głową. – Rozumiem to, że talerz ma lewą stronę, ale nie jest ona częścią mojej rzeczywistości. Nie mogę spojrzeć na lewą stronę talerza, ponieważ dla mnie ona nie istnieje. Nie ma lewej strony. Wydaje mi się, że patrzę na cały talerz. Nie wiem, jak mam to opisać. To strasznie dołujące. – Chyba ci się udało. – Ale naprawdę mam tu gdzieś czekoladowego batonika? Tak, takiego, którego wczoraj kupił Bob. Lake Champlain. Najlepszego. Bez większego zastanowienia chwytam talerz i okręcam go tak, że góra naczynia znajduje się na dole. Ta dam! Batonik z nadzieniem migdałowym. Bob jest wielki. – To było oszustwo! – mówi dr Kwon. – Całkowicie usprawiedliwione – odpowiadam, przeżuwać rozkoszny kawałek czekolady (LGd, 65–66).

Pomijanie przestrzeni z lewej strony wiąże się bezpośrednio z postrzeganiem swojego ciała w obrębie tejże przestrzeni. Sarah wielokrotnie uświadamia czytelnika, jak istotna jest to sprawa, stosując różne metody terapii:

Mój ulubiony test, poza rysowaniem, nazywa się Testem Kulek. Fizjoterapeutka, Rose, przylepia mi do ciała bawelniane kulki i każe mi je z siebie zdejmować. Uwielbiam to, ponieważ wyobrażam sobie, że z kulkami wyglądam jak ludzik z jednej z prac plastycznych Charliego lub Lucy. Niczym bałwan, którego za kilka tygodni zapewne będą robić w szkole. Boże, tak tęsknię za dziećmi. Zdejmuję bawelniany „śnieg” i mówię Rose, że już skończyłam. – Zdjęłam wszystkie? – Nie. – Prawie wszystkie? – Nie. – Zdjęłam jakieś z lewej strony? Cokolwiek by to miało znaczyć. – Nie. Dziwne. Byłam przekonana, że znalazłam wszystkie. Nie czuję już żadnych kulek na sobie. – Poczekaj chwilę – mówi Bob, który przez cały czas siedział na krześle i przypatrywał się testowi. Wyjmuje iPhone’a i mówi: – Uśmiech, proszę. Robi mi zdjęcie i pokazuje na wyświetlaczu w telefonie. Jestem zaskoczona. Na zdjęciu, od stóp do głów pokryta jestem bawelnianymi kulkami. Szaleństwo. To pewnie moja lewa strona. Jest tu też moja ręka i noga. Naprawdę mi ulżyło, jak zobaczyłam, że wciąż je mam. Zaczęłam już podejrzewać, że zostały amputowane i nikt nie ma odwagi, żeby mnie o tym poinformować (LGd, 67–68).

W innym miejscu autorka powieści uzmysławia czytelnikowi, jak Sarah postrzega swoje własne ciało w przestrzeni:

A potem przyjrę się swojej twarzy w lustrze, żeby spróbować dostrzec to, co widzą one, i zobaczę siebie w pełnym makijażu, całkiem ładną, wyjąwszy fryzurę a la Chia Pet. To straszny i żenujący moment, ponieważ jestem świadoma tego, co widzą, w porównaniu do tego, co ja widzę. I czego nie widzę. Umyka mi cały wielki obszar postrzegania, a ja nawet nie jestem tego świadoma. Nie jestem świadoma, że nie zauważam lewej strony swojej twarzy, lewej strony Marthy, lewej strony stronicy książeczki o Junie B. Jones. Według mnie niczego nie brakuje. Pierwszym krokiem do mojego ozdrowienia jest uświadomienie sobie mojej nieświadomości, żebym cały czas pamiętała, że mój mózg myśli, że zwraca uwagę na wszystko, ale tak naprawdę zwraca uwagę tylko na prawą stronę wszystkiego i ignoruje lewą stronę. Wydaje się, że w każdej sekundzie danego dnia zapominam, że tak jest. Skoro ta część mojego mózgu odpowiedzialna za tę świadomość wzięła sobie wolne, muszę zatrudnić inną część mózgu na stanowisko mojej opiekunki, żeby kontrolowała każdy ruch i aby wtrącała się za każdym razem, gdy potrzebuję wsparcia (LGd, 102–103).

Sarah bardzo boleśnie przeżywa swoje ograniczenia, chociaż rozumie, że jej najbliżsi muszą ją wesprzeć, przez co także i traktować inaczej niż dotąd. Szczególnie dotkliwie cierpi, kiedy wraca do domu dostosowanego do jej potrzeb. Wygląd tego domu jest wiernie odtworzony przez pisarkę, ten fragment powieści jest szczególnym rodzajem instrukcji, w jaki sposób można pomóc osobie z zaburzeniami związanymi z lewostronnym pomijaniem:

Pierwsza zmiana, którą dostrzegam to kolor pomarańczowy. W całej kuchni widzę jaskrawo-pomarańczowe pasma. Ściany, futryny, szafki i podłoga pokryte są pomarańczowym graffiti, jakby duch Jacksona Pollocka złożył nam wizytę i pozostawił swoje dzieło. Albo, co bardziej prawdopodobne, ktoś dał Charliemu tubkę pomarańczowej farby i zostawił go bez opieki przez całe popołudnie. Ale zanim zaczynam krzyczeć, żeby ktoś przyniósł ręcznik papierowy i butelkę Cloroxu, zaczynam rozumieć. Te maziaki to nie farba i nie są nałożone na chybił trafił. Jaskrawa, pomarańczowa taśma klejąca, przylepiona została po lewej stronie futryny. Obwiedzione są również lewe krawędzie szafek, lewa strona lodówki. Pokrywa kłamkę drzwi, prowadzących na podwórko. Kto wie, ile jeszcze pomarańczowych pasków taśmy przylepiono do powierzchni, których nie zauważyłam? Pewnie jest ich o wiele więcej. Następnie dostrzegam poręcz, zamontowaną na klatce schodowej, której stal bardziej przypomina poręcz w Baldwin, a nie przyjemną dębową balustradę po drugiej stronie. Podejrzewam, że to było konieczne. Ładna dębową balustrada znajduje się po prawej stronie, kiedy wchodzi się na górę, ale podczas schodzenia już jej tam nie ma. Na dole i na górze zamontowano tu także nowe, bardziej zaawansowane technicznie

bramki blokujące dostęp do schodów, które – jak zakładam – pojawiły się tutaj dla raczującego Linusa, ale po chwili zaczynam podejrzewać, że mogą być również dla mnie. Nie możemy korzystać ze schodów bez opieki osoby dorosłej. Mój dom jest bezpieczny dla dzieci i bezpieczny dla Sary (LGd, 139–140).

W pewnym momencie Sarah zdaje sobie sprawę, że pomijanie przestrzeni z lewej strony ma wpływ na jej przyszłe funkcjonowanie w pracy. Uświadamia sobie, że jej potencjalny powrót jest tak naprawdę niemożliwy, gdyż jej koledzy

nie wiedzą, ile trudności sprawia mi przeczytanie każdego słowa na każdej stronie, szczególnie tych po lewej stronie kartki. Nie wiedzą, jak wiele czasu zabiera mi odszukanie liter po lewej stronie klawiatury. Nie wiedzą, że moje biuro musiałyby być przystrojone pomarańczową taśmą i znakami mówiącymi mi PATRZ W LEWO. Nie wiedzą, ile czasu zajęło mi przejście z biura do Sali Concord i że po drodze zderzyłam się z kilkoma futrynami oraz jedną doniczką, nie wiedzą, że Jim zniknął w połowie spotkania, ponieważ siedział zbytnio po lewej stronie. Nie widzieli, jak się wywracam, jak się ślinię i jak próbuję zdjąć kurtkę (LGd, 221).

Istotą problemu jest więc to, że spośród całości przestrzeni, która składa się z ogromnego spectrum znajdujących się w niej przedmiotów, nie istnieje dla Sary te, które znajdują się z jej lewej strony:

– Nie mam łyżki. Pielęgniarka patrzy na moją tacę, a potem znowu na mnie. – A może zjesz babeczkę czekoladową? – pyta. Patrę na tacę, którą trzymam na kolanach, a potem znowu na nią. – Jaką babeczkę? Nie wiadomo skąd, pielęgniarka wyczarowuje łyżkę w swojej dłoni i stawia na tacy obok miski z zupą, zapakowane w folię ciastko. Patrę na nią tak, jakbym spodziewała się, że za chwilę wyciągnie mi ćwierćdolarówkę zza ucha. – Nie widziałas ich na tacy? – pyta, podając mi łyżkę. – Nie było ich ma mojej tacy. – Ale teraz je widzisz – mówi, bardziej stwierdzając fakt niż pytając. – Uhm (LGd, 59).

Wielkim kłopotem dla bohaterki jest czynność tak banalna, jak ubranie się. Sarah po prostu nie widzi części własnej garderoby:

Włożyłam już prawą stopę w prawą nogawkę spodni, jestem pochylona, piersiami dotykam gołych ud, w prawej ręce trzymam rozchylone w pasie džinsy, gotowe na przyjęcie mojej lewej stopy, jak tylko uda mi się ją znaleźć. Wyglądam, jakbym z siatką czaiła się na rzadki okaz motyla. Problem polega na tym, że nie potrafię robić dwóch rzeczy na raz. Albo patrę na skarpetkę z reniferami, albo używam prawej ręki. Jak tylko zobaczę skarpetkę i próbuję ją chwycić prawą ręką, to zaraz znika (LGd, 108).

W innym miejscu opowieść bohaterki przemawia do wyobraźni jeszcze bardziej:

Wyobrażam sobie, że zapinanie guzików koszuli dla człowieka z zespołem pomijania jednostronnego i tylko prawą ręką wymaga takiej samej niepodzielnej, skomplikowanej, zapierającej dech koncentracji, jakiej potrzeba do rozbrajania bomby. Skończyłam zapinać trzeci z pięciu guzików, które mam zamiar zapiąć i jestem totalnie wykończona (LGd, 111).

Kiedy Sarah wychodzi ze szpitala, uświadamia sobie, jak wielu rzeczy nie potrafi robić. Dociera do niej, że dostosowanie się do tzw. normalnego życia będzie bardzo trudne:

Ciągle nie potrafię przeczytać lewej strony tekstu bez wielu poprawek, podpowiedzi i przypomnienia, że mam korzystać z mojej czerwonej zakładki w kształcie litery L. Przyjrzyj się lewej stronie, znajdź lewy margines, podążaj za czerwoną zakładką. Ciągle nie potrafię się sama ubrać. Potrzebuję pomocy w myciu zębów i pod prysznicem. Więc jak mam się zająć dziećmi i domem? Jak mam wszystko ogarnąć? Bez profesjonalnego wsparcia nie potrafię nawet wypuścić łyżki, którą trzymam w lewej ręce. Chciałabym, żeby analityk ubezpieczeniowy, który określił długość mojego pobytu w szpitalu, przyszedł tutaj i spojrzal mi prosto w oczy. Ja wycelowałabym łyżkę prosto w jego głowę i spytała: Czy według ciebie wyglądam na wyleczoną? (LGd, 121).

Sarah mówi o lewostronnym pomijaniu pisma, które utrudnia normalne czytanie książek. Musi sobie radzić z tą niedogodnością, stosując specjalne udogodnienia i ćwiczenia:

Bez poziomej zakładki gubię się na stronie, kiedy próbuję wrócić do lewego marginesu. Dotarłabym do czerwonej zakładki, ale niczym zły pływak, chcący przepłynąć mocny prąd morski, mój wzrok zaczyna dryfować w górę i w dół, czasami całe akapity dalej od słów, które ostatnio czytałam. Zawsze wiedziałam, że jestem za daleko na południe lub na północ od miejsca, gdzie powinnam czytać, ponieważ zdanie, które czytałam nagle traciło wszelki sens. Dodatkowa zakładka trzyma mnie w linii (LGd, 167).

Wszystkie objawy Sary, chorej na zespół lewostronnego pomijania, zostały zestawione w tabeli 32.

Zespół pomijania jednostronnego najczęściej przytrafia się osobom po wypadkach, w wyniku których dochodzi do uszkodzenia części mózgu. W następnym podrozdziale zajmiemy się płasawicą Huntngtona, chorobą o zupełnie innym pochodzeniu, ale związaną – podobnie jak

zespół pomijania – z nieprawidłowym funkcjonowaniem mózgu. Za przykład literacki posłuży kolejna powieść Lisy Genovej pt. *Sekret O'Brienów*, opublikowana w 2015 roku.

Tabela 32. Zespół pomijania jednostronnego u Sary z książki: L. Genova, *Lewa strona życia*

Objawy	Przykłady z książki
Lewostronne pomijanie własnego ciała.	Niezuważanie, pomijanie przez bohaterkę książki swojej lewej nogi, lewej ręki, lewej strony twarzy przy zachowaniu całkowicie normalnego czucia tych części ciała.
Lewostronne pomijanie przestrzeni.	Niezuważanie i pomijanie lewej strony pokoju, lewej strony tacy, lewej strony talerza przy zachowaniu widzenia tego, jeśli odpowiednio zostanie zwrócona jej uwaga.
Lewostronne pomijanie przedmiotów.	Niezuważanie i pomijanie lewej strony przedmiotów, lewej strony rysunków, lewej strony pisma, lewych części garderoby, takich jak lewa nogawka czy też lewy rękaw.
Lewostronne pomijanie pisma	Nieumiejętność czytania lewej strony kartek bez wsparcia przez specjalne zakładki pomagające zwrócić uwagę.

Płásawica Huntingtona – książka: Lisa Genova, *Sekret O'Brienów* (2015)

Bohaterem powieści jest Joe, który wykonuje zawód policjanta³⁸. Ma 43 lata, jest w sile wieku i mieszka w irlandzkiej dzielnicy Bostonu. Jest mężem, ojcem czwórki dzieci i szanowanym powszechnie funkcjonariuszem. Pewnego dnia ujawniają się nietypowe dla niego objawy: wybuchy agresji, złości, drgawki oraz problemy z koncentracją. Kiedy decyduje się na wizytę u neurologa, dowiaduje się, że cierpi na płásawicę Huntingtona – śmiertelną chorobę neurodegeneratywną, na którą nie ma lekarstwa. Jest to choroba genetyczna, co oznacza, że każde z jego dzieci mogło odziedziczyć gen choroby z prawdopodobieństwem równym 50%. Książka jest opowieścią o podwójnym zmaganiu: z jednej strony dotyczy Joego i jego choroby, z drugiej zaś jego rodziny, przed którą stanęło ogromne wyzwanie opieki nad chorym.

38 Zob. L. Genova, *Sekret O'Brienów*, przeł. J. Dziubińska, Poznań 2015. Skrót: LGe, numer strony.

Pierwszymi objawami choroby są pozornie niewielkie zmiany osobowości. Joe zaczyna bez powodu wpadać w niekontrolowane napady złości:

Chwycił za rączkę żeliwną patelnię, ściągnął ją z kuchenki i rzucił przez pokój. Patelnia wybiła porządnego rozmiaru dziurę w gipsowej ścianie tuż przy głowie Katie, po czym wyładowała z donośnym brzękiem na pokrytej linoleum podłodze. Rdzawobrazowy tłuszcz z bekonu ściekał po tapecie w stokrotki niczym krew sącząca się z rany. Dzieci patrzyły na wszystko szeroko otwartymi oczami, w całkowitej ciszy. Rosie nie odezwała się słowem ani się nawet nie poruszyła (LGe, 13).

Joe wraz z żoną postanawiają pójść na wizytę do neurologa. Żona dostrzega zmiany w osobowości męża:

– Ma silny temperament. Nigdy nie wiadomo, co go wyprowadzi z równowagi i w mgnieniu oka potrafi przyspieszyć od zera do setki. Nie chodzi mi o to, żeby zrobić z niego kretyna. To dobry człowiek, ale ma napady dziwnego nastroju, zupełnie nie w jego stylu (LGe, 109).

Zauważa, że Joe ma problemy z pamięcią:

– No, na przykład często zapomina, kiedy go o coś poproszę. Żeby kupił mleko po drodze do domu albo żeby naprawił szafki w kuchni (LGe, 111).

Największym problemem stają się coraz częstsze napady złości. Pojawiają się szczególnie w sytuacjach pewnych niepowodzeń w pracach gospodarczych: „Zszedł z taboretu, podniósł krzyżaka, po czym z całej siły cisnął nim o podłogę” (LGe, 125).

Joe wściekał się szczególnie gwałtownie, gdy problemem stało się wykonywanie nawet najprostszych czynności, np. ubieranie się:

Skoncentrował się na nich, jak gdyby próbował przewlec nitkę przez najmniejszą igłę świata, próbując zmusić kciuki i palce wskazujące, by odpięły zwykłe guziki, ale nic nie było w stanie powstrzymać jego członków od wyglupów. W Joem wzbierała złość, wstrzymał więc oddech, czując, jak traci panowanie, niemal gotów rozerwać koszulę na pół (LGe, 275–276).

Zachowania rodziny czasami wzmagają jego reakcje:

Odsunął się od stołu, żeby wstać, ale zrobił to zbyt gwałtownie i ze zbyt dużą siłą. Joe zakolebał się na rozbujanym krześle i razem z nim przewrócił się na podłogę. Z ust Patricka

wydobyl się prześmiewczy chichot, który chłopak szybko zdusił. Joe poczuł się upokorzony, co tylko podsycało jego gniew. Wstał, podniósł krzesło za dwie nogi i zaczął nim walić o podłogę. Nogi odłamały się, a deszczulki oparcia pękły. Joe rzucił nogami krzesła o ziemię i odmaszerował do swojego pokoju (LGe, 285).

Coraz częściej Joe nie jest w stanie poradzić sobie z narastającym gniewem, dlatego też musi go rozładowywać przez wybuchy agresji:

Trawił go rozpalony do czerwoności gniew i wzrastało w nim ciśnienie, które parzyło i uciskało każdą istniejącą w nim molekułę. Joe był niemal pewien, że jego ciało za chwilę eksploduje, jeśli gniew w jakiś sposób nie ujdzie z jego wnętrza. Pochwycił swoje odbicie w lustrze. Koszula od munduru. Złapał ją w połowie i rozdarł, jak gdyby był Clarkiem Kentem, wezwanym, by ratować świat. Guziki odskoczyły i rozsypały się po podłodze. Joe spojrzal na siebie w lustrze. Twarz miał czerwoną. Oczy wyglądały jak u szaleńca. Odychał szybko i ciężko przez usta, pokrywając taflę lustra mgłą. Na jego piersi nie było „S” Supermana. Tylko kamizelka kuloodporna na białym T-shircie zwykłego człowieka. Ściągnął z siebie mundurową koszulę, rzucił ją na podłogę i usiadł na łóżku. Powoli się uspokajał. Jego przyspieszony oddech zwolnił, a czerwień zaczęła ustępować z policzków (LGe, 286).

Joe nie panował nad gniewem, ale z czasem zaczął rozumieć, że traci panowanie nad swoją własną osobowością, a więc i całym swoim życiem:

Joe nad sobą nie panował. Coraz częściej u sterów był Huntington, a Joe siedział związany pod pokładem. Nie znosił leków. Nienawidził ich. Seroquel tłumil jego temperament wzmagany chorobą, ale stępiał też wszystko inne. Po lekach Joe czuł się osłabiony, jak gdyby poruszał się w smole, i nawet jego myśli tonęły zbyt głęboko, by mógł je ocalić. Bardziej jednak nie znosił tego siedzenia pod pokładem, kiedy sam nie był w stanie odepchnąć Huntingtona od steru (LGe, 287).

Pojawiają się zmiany funkcji wykonawczych, początkowo niewielkie, ale z czasem coraz bardziej znaczące. Najprostsze czynności zaczynają sprawiać kłopoty, co sprawia, że Joe popełnia coraz więcej błędów w trakcie wykonywania swojej pracy:

Joe był zmęczony. Wczoraj wieczorem kierował ruchem pod Garden Park. Pieprzony koncert Justina Timberlake'a się przedłużył. Więc był zmęczony. I co z tego? Był zmęczony od lat. Nie mieściło mu się w głowie, że mógłby być na tyle zmęczony, by wykazać się taką lekkomyślnością i porzucić gdzieś naładowany pistolet. Wielu policjantów z wieloma latami służby na karku, podobnie jak Joe, lekkomyślnie obchodziło się z bronią, ale nie on (LGe, 9).

O problemach z wykonywaniem prostych czynności mówi wprost neurologowi: „Czasem robi się też ze mnie niezdara. Upuszczę coś, potknę się. Myślę, że to przez to kolano” (LGe, 109). Podczas badania nie potrafił powtórzyć sekwencji ruchów lekarki:

Pokazała mu jak. Gdy nadeszła kolej Joego, pomylił się i nie potrafił wrócić do rytmu. Jego palce albo poruszały się nie po kolei, albo w ogóle (LGe, 117).

Zaczynają się problemy w poruszaniu się; koordynacja potrzebna do sprawnego chodzenia i biegania zostaje zaburzona:

Wszystko zdarzyło się zbyt szybko, by mogła zareagować. Zahaczył palcem buta o ziemię i upadł, a jego nogi śmiesznie zawisły w powietrzu, jakby był postacią z kreskówki. Leżał rozkraczony na ziemi twarzą do dołu, a ona po prostu na niego patrzyła – zaskoczona, mimo że spodziewała się czegoś takiego – nie robiąc nic (LGe, 427).

Dużym problemem stają się dla Joego sprawna pamięć i koncentracja. Nie potrafi się skupić, by wykonywać rzetelnie swoje obowiązki, np. sporządzić raport:

Ale pomijając wszystkie te momenty rozproszenia i niedogodności, trudno mu było się skupić i nie był ani trochę przekonany, czy odpowiednio przedstawił sekwencję zdarzeń oraz wszelkie szczegóły. Powinien wpleść jakoś informacje od śledczego (LGe, 62–63).

Pogorszenie pamięci coraz bardziej przeszkadza w codziennym życiu; pogarszają się jego relacje z dziećmi. Przez rozwijającą się chorobę Joe zapomniał o ważnym występie własnej córki, Meghan:

Otarł pot z czoła, pokręcił głową i spuścił wzrok na buty, mając ochotę samemu skopać sobie tyłek za to, że zapomniał o dzisiejszym występie (LGe, 70).

W kłopotach z pamięcią pomagają Joemu bliscy, przypominając mu o coraz bardziej prozaicznych sprawach, np. miejscu, gdzie zaparkował samochód:

Szedł za Rosie do samochodu, który zostawili na czwartym poziomie parkingu. Joe był wdzięczny, że przyjechała razem z nim, bo – jak przyznał w duchu, nie na głos – bez niej nie pamiętałby, gdzie zaparkowali (LGe, 119).

Lekarzowi skarży się, że ma kłopoty z tak ważną w pracy policjanta oceną sytuacji, co wpływa bezpośrednio na jego pracę:

Dobrze. To znaczy mam pewne problemy, których wcześniej nie miałem, jak spóźnienia i szczegółowe spisywanie raportów. Nie jestem już taki młody jak kiedyś (LGe, 108).

Po pewnym czasie coraz silniejszy staje się objaw uogólnionego niepokoju ruchowego:

Pląsawica Joego coraz bardziej się nasilała. Zajęczy skok był ostatnio jednym z jego popisowych ruchów. Zrywał się na nogi, zwykle wszystkich strasząc, włączając w to samego siebie, po czym opadał na krzesło, czasem przewracając się na plecy. Jeśli miał coś na kolanach, to zawsze to rozbijał albo rozlewał. Czasami skakał tak całą serię, jakby wykonywał jakąś kalisteniczną serię ćwiczeń. Nie miał nad nimi kontroli. Ta myśl nie przychodziła mu z łatwością, ale często przydałby mu się pas bezpieczeństwa (LGe, 454–455).

Ruchy pląsawicze i brak koordynacji ruchowej pojawiają się u Joego w wczesnej fazie choroby, powodując sytuacje bardzo dla niego krępujące:

Joe nalał do dzbanka wody z kranu, wrócił do stołu i nadal stojąc, po kolei prosił każdego o szklankę, zaczynając od pań. Nalewał wody Katie, kiedy nagle puścił uchwyt. Dzbanek wypadł Joemu z ręki, wytrącając mu szklankę z drugiej dłoni i oba naczynia wylądowały na stole, momentalnie roztrzaskując się na milion drobnitkich kawałeczków (LGe, 42–43).

Ruchy są na tyle mimowolne, że zdarzają się nawet wtedy, gdy Joemu wydaje się, że się nie porusza:

Nie miał zielonego pojęcia, dlaczego monety brzęczą, aż w końcu uświadomił sobie: przechyłał się z boku na bok, jak gdyby stał na rozgrzanych węglach. Nie zdawał sobie nawet sprawy z tego, że się porusza. Wydawało mu się, że jest zupełnie nieruchomy (LGe, 67).

Takie sytuacje stają się najbardziej krępujące podczas ćwiczeń w pracy:

Ale teraz, kiedy nadeszła jego kolej, jego prawa noga wyskoczyła naprzód niczym nieposłuszny pies, który wywachał trop wiewiórki i nie może mu się oprzeć, i Joe przesunął się na prawo (LGe, 76–77).

Dowolne ruchy ciała Joego wymykają się spod kontroli:

W tym samym czasie Joe z trudem próbował ustać spokojnie. Jego ciało było jak puszka wstrząśniętej coli, gotowe wytrysnąć na wszystkie strony (LGe, 77).

Ruchy wykonywane przez jego ciało stają się w zasadzie nieobliczalne, powodując kłopoty podczas ćwiczeń i musztry:

Joe bezustannie wzruszał ramionami, jak gdyby miały czkawkę, poruszając palką, którą po chwili uderzył w nogę stojącego obok funkcjonariusza. Próbował rozluźnić nadgarstki i ściągnąć łopatki, ale jego ramiona cały czas podskakiwały. Nie potrafił ich opanować. *Stój spokojnie, do cholery.* Ale jego starania jedynie zachęciły stopy, więc teraz nie tylko wzruszał ramionami, ale bujał się z boku na bok, tańcząc na swoim miejscu. Wpadł na policjanta po swojej lewej, a potem po prawej stronie. Na litość boską, jeśli ktoś zaraz nie skopie mu tyłka, to sam to zrobi (LGe, 79).

Pomimo starań i wysiłków, „jego ramiona znów się poruszyły i potrafił policjantów po obu swoich stronach” (LGe, 82).

Ewidentnych problemów nie dało się długo ukryć. Coraz częściej na stan Joego zwracali uwagę koledzy z pracy i przełożeni:

Tommy zamilkł na chwilę, przyglądając się Joemu. Ten podnosił i opuszczał pięty, bujając się w prawo i w lewo. Wiedział, że doprowadza to Tommy'ego do szału, ale nic nie mógł na to poradzić (LGe, 85).

Objawy płasawicze pojawiają się także podczas wizyty u lekarza:

Zauważył wtedy, że jego lewy łokieć odskakuje i obija się o ramię Rosie. Zaczął się wiercić na krześle, próbując stworzyć między nimi więcej przestrzeni. Te cholerne krzesła były chyba dla karłów i stały zbyt blisko siebie. Joe spuścił wzrok i zauważył, że jego stopy po cichu wykonują na podłodze jakiś dziwny taniec. Okej, więc zrobił się niespokojny. Zdenerwował się, do jasnej cholery. Nikt nie potrafił spokojnie usiedzieć, kiedy jest zdenerwowany (LGe, 112).

Joe, widząc, że coś się z nim dzieje, usiłował dostosować się do sytuacji i w pewien sposób zamaskować swoje objawy:

Bez przerwy się poruszał, więcej niż zwykle. Zauważyła, jak stara się sprawić, żeby wszystko wyglądało normalnie. Którakolwiek część niego by się nie poruszyła, podskoczyła czy zadrżała, przypisywał jej jakieś celowe działanie. Stał się całkiem niezłym improwizacyjnym choreografem. Katie nigdy nie widziała tak przedziwnego tańca.

Prawa noga taty odskoczyła, jakby próbował odgonić jakiegoś niewidzialnego, natrętnego psa. Podążył więc za stopą i wstał. Skoro wstał, to musiał gdzieś pójść, podszedł więc do okna (LGe, 200).

Joe usiłuje żyć normalnie. Chciałby przyzwyczaić do swoich objawów przede wszystkim siebie, ale również innych:

Potem zaczęło mu podskakiwać lewe ramię, jakby był kujonem, który bez przerwy wyrwał się do odpowiedzi. Wtedy zgiął rękę w łokciu i podrapał się w głowę, jakby nagle coś go zaswędziało. Jedno z popisowych zagrań. Jeśli ktoś nie wiedział, że tata ma Huntingtona, mógł uznać, że miał uporczywy łupież albo wszy, albo po prostu był dziwakiem. Zdawał się nie być cały czas świadomy swoich tików ani improwizacji. Nie zerknął na Katie, żeby się zorientować, czy zauważyła. Nie wydawał się tym zakłopotany ani speszony. Zwyczajnie oglądał dalej wiadomości, jakby nie zdarzyło się nic wartego uwagi (LGe, 201).

Mimo wysiłków choroba z wolna zaczęła odbierać Joemu podstawowe umiejętności. Ruchy płasawicze zaczynają pojawiać się w mięśniach rąk, utrudniając nawet ubieranie się:

Jego palce podskakiwały, jakby grały utwór Mozarta na niewidzialnym flecie nad guzikami koszuli, ignorując rozkazy Joego i odmawiając współpracy (LGe, 276).

Wszystkie objawy choroby Joego zostały zestawione w tabeli 33.

Tabela 33. Płasawica Huntingtona u Joego z książki: L. Genova, *Sekret O'Brienów*

Objawy	Przykłady w książce
Pierwsze objawy – pozornie niewielkie zmiany osobowości.	Wybuchy niekontrolowanej złości, ciągłe poczucie zmęczenia i rozdrażnienia.
Pierwsze objawy – pozornie niewielkie zmiany funkcji wykonawczych.	Początkowo niewielkie problemy z funkcjami wykonawczymi związane z trudnością w ustaniu dłużej w jednym miejscu, trudnością w powtórzeniu jakichś ruchów. Potem zaczynają się coraz częściej trudności w codziennych czynnościach, np. ubieraniu się, oraz trudności w poruszaniu się, bieganiu i uczestnictwie w ćwiczeniach policyjnych i musztrach.
Pogorszenie pamięci.	Joe zapomina sekwencji wydarzeń w sytuacji, kiedy musi przygotować raport policyjny. Zapomina o występie swojej córki, na który miał pójść.

Pogorszenie oceny sytuacji	Trudność sprawia Joemu ocena sytuacji w pracy, trudność sprawia mu przygotowanie raportu dla przełożonych.
Uogólniony niepokój ruchowy	Joe jest wciąż pobudzony ruchowo i nie ma świadomości tego.
Ruchy płasawicze	Początkowo ruchy płasawicze pojawiają się od czasu do czasu. Później zaczynają towarzyszyć Joemu cały czas i zaczynają obejmować coraz więcej mięśni utrudniając nawet ubieranie się.
Spowolnienie ruchów dowolnych.	

Omówione wyżej zaburzenia związane są z uszkodzeniem funkcjonowania mózgu w jakimś stopniu i są to zaburzenia o genezie organicznej. W kolejnym podrozdziale omówione zostaną zaburzenia osobowości, które pojawiają się w wieku dorosłym i są związane z uporczywymi, bardzo sztywnymi zachowaniami o genezie różnicowanej.

12. Zaburzenia osobowości

Zaburzenia osobowości to zaburzenia związane z dużą sztywnością i brakiem elastyczności zachowań. Poniżej zostaną zaprezentowane na przykładach z książki i filmów: zaburzenie osobowości z pogranicza, następnie zaburzenie obsesyjno-kompulsywne oraz zaburzenie narcystyczne i antyspołeczne.

Zaburzenie osobowości z pogranicza – książka: Rachel Reiland, *Uratuj mnie* (2010)

Książka *Uratuj mnie* to w zasadzie pamiętnik, w którym Rachel Reiland opowiada o swoich zmaganiach z zaburzeniem osobowości z pogranicza³⁹. Jej leczenie zaczyna się, kiedy ma 29 lat, męża i dwoje dzieci. Trafia po raz pierwszy do szpitala zdesperowana swoim zachowaniem i przerażona, że może zacząć się zachowywać jak rodzice i stosować przemoc

39 Zob. R. Reiland, *Uratuj mnie*, przeł. K. Puławski, Poznań 2010. Skrót: RR, numer strony.

wobec dzieci. W utworze opisano proces leczenia. Autorka ukazała przebieg psychoterapii, którą przechodziła. W sposób złożony prezentuje czytelnikowi swoje wzloty i upadki, ukazując, że z zaburzeniem typu *border-line* można sobie poradzić.

Rachel w sposób obsesyjny usiłuje uniknąć odrzucenia przez innych, nawet jeśli jest ono jedynie wyobrażone. Przez całe swoje życie bohaterka podejmuje desperackie wysiłki, by do takiej sytuacji nie doprowadzić. Paradoksalnie, nie potrafi zaznać zbyt bliskości innych. Najbardziej wyraźnie widać to w relacjach z mężem. Kiedy zachodzi w ciążę przed ślubem, wyraża wątpliwość, czy Tim może i czy powinien z nią zostać:

- Pozytywny, Rachel. Wynik jest pozytywny. - Jesteś pewny? - Sama zobacz – powiedział łagodnie. Brązowe koło, grube i wyraźne, żeby nie było żadnych wątpliwości. Koło niczym grom z jasnego nieba. Takie, które wydaje się mówić: „Jesteś w ciąży, idiotko! I co teraz?”. Aborcję zawsze traktowałam jako wyjście rezerwowe, nad którym, na szczęście, nigdy dotąd nie musiałam się zastanawiać. Co prawda, byłam przekonana, że Bóg nie istnieje, więc ta perspektywa nie powinna mnie martwić. A jednak martwiła. Teraz Tim powinien odejść, a związek, który zawsze uważałam za zbyt dobry, by mógł być prawdziwy, powinien rozpaść się z trzaskiem. Skoro mogłam przerwać ciążę, nie powinnam na to pozwolić. A jednak czułam się tak, jakby mój świat się zawalił, jakby dosięgła mnie karząca ręka losu. Zagrałam w ruletkę pustym pudełkiem po prezerwatywach i przegrałam. – Wyjdź za mnie – powiedział Tim (RR, 13).

Bardzo podobny tok rozumowania pojawia się u bohaterki także w stosunku do własnego psychiatry:

Byłam wówczas przekonana, że zwariowałam na dobre i że jest to nieodwracalne. Winiłam za to doktora Padgetta, którego nienawidziłam – a w każdym razie chciałam nienawidzić – wówczas bardziej niż kiedykolwiek. A jednak, im bardziej byłam wściekła i nieobliczalna, tym większe narastało we mnie przekonanie, że bez niego sobie nie poradzę. Nawet między sesjami (RR, 61).

Związki Rachel są niestabilne i przebiegają bardzo burzliwie. Charakteryzują się wahaniami między idealizacją i dewaluacją innych. Początkiem tych związków pełnych bólu jest relacja z ojcem, osobą przemocową, która zniszczyła osobowość Rachel w dzieciństwie:

– Zjesz ten bekon, choćbym miał ci go wepchnąć do gardła!
Ojciec podsunął mi talerz tuż pod nos i spojrzal na mnie rozszerzonymi z gniewu oczami.

Wiedziałam, że nie powinnam się mu opierać, Ale jeszcze bardziej bałam się tego, co miałam na talerzu. Tłuszcz. Ociekający tłuszczem kawałek mięsa. Nie potrafiłam przeciwstawić się ojcu, ale nie mogłam też się poddać. Nie mogłam przerwać mojej diety. Wszyscy chcieli mnie zmusić do rezygnacji; przyjaciółki, nauczyciele, trenerzy. A teraz jeszcze człowiek, który nazywał moją najstarszą siostrę „grubaską”, gdy tylko podchodziła do lodówki, chciał, żebym wyglądała tak samo. Tłusta. Obrzydliwa. Poniżona. Już wołałabym, żeby mnie zabił! - Trzeba jej pomóc, tato — przekonywała siostra. — Ona potrzebuje lekarza. To było odważne. I głupie. Nigdy nie nauczyła się dbać o własną skórę, Nie, należy jej się porządne lanie! Ona przecież nic nie je, tato. Ile teraz waży? Trzydzieści parę kilo? - Ojciec ma rację - przerwała jej matka dramatycznym tonem. Używała go tak często, że nikt już nie zwracał na to uwagi (RR, 11).

W przytoczonym fragmencie widać, że dodatkowym, wtórnym objawem u Rachel są też zaburzenia odżywiania. Nie tylko związki z rodzicami są naznaczone ogromnymi emocjami. Na drodze przeniesienia Rachel podobnie buduje relację z terapeutą:

Mam dla ciebie wiadomość, dupku. Nie będzie następnej sesji. Jak śmiesz dawać mi coś takiego, a potem się ode mnie odwracać?! Wiedziałeś, że to mnie wykończysz! Pierdołę ciebie i twoje freudowskie sztuczki. Koniec! Doktor Padgett powiedział tylko, dając znać, że uważa rozmowę za skończoną: – Twoja sprawa. Mam nadzieję, że jednak wytrwasz. Wydaje mi się, że mogę ci pomóc, ale sama musisz zdecydować, czy chcesz mi zaufać. Naprawdę nie mogę w tej chwili rozmawiać. Zajmiemy się tym w czasie następnej sesji. Do widzenia, Rachel (RR, 47).

Doktor Padgett bardzo dobrze sobie radzi z wszelkimi emocjonalnymi manipulacjami Rachel. Tylko dzięki temu udaje mu się podtrzymać relację psychoterapeutyczną:

Nie robię ci nic złego, Rachel. Doskonale wiesz, że jeśli będziesz się tak zachowywać, to poniesiesz konsekwencje. Nie mam zamiaru wysłuchiwać twoich usprawiedliwień, bo tego nie można usprawiedliwić. Zachowujesz się destrukcyjnie. A teraz powiedz, proszę, pielęgniarko, żeby podniosła słuchawkę. Powiem jej dokładnie to samo, co tobie. Jeśli nie będziesz nad sobą panować, trafisz na oddział zamknięty. Spotkamy się w poniedziałek na rannym obchodzie. Przekazałam to pielęgniarko i zupełnie zdrętwiała odwiesiłam słuchawkę. W czasie naszego spotkania doktor Padgett wydawał się taki sympatyczny i rozumiejący. Teraz wściekł się na mnie tak jak ona. Jestem na niego wkurzona. Zawaliliłam sprawę. Nienawidzi mnie. I nie zobaczę go aż do poniedziałku. Wydawało mi się, że to cała wieczność (RR, 35).

Rachel ma też trwale niestabilny obraz samej siebie i własnego ja. Nie czuje się dobrze w swojej skórze jako kobieta. Jest to u niej spowodowane

przez bardzo niskie mniemanie o sobie oraz brak szacunku do kobiet, jaki cechował jej rodzinę:

Wstyd, Rachel... Ten język doskonale rozumiałam. I wiedziałam, że na niego zasługuję. Nie byłam taka jak inne dziewczynki. Nie znosiłam lalek i różowych „dziewczęcych” zabawek. Ale najbardziej nie znosiłam bycia dziewczynką. Zupełnie mi to nie wychodziło. Gdybym była chłopcem, wszystko wyglądałoby zupełnie inaczej. Jednak tak się stało, że Bóg przez pomyłkę zrobił mnie dziewczynką. Zastanawiałam się, czy pójdę do piekła za to, że pomyślałam, iż Bóg mógł popełnić błąd. Pani Schwarzeuser miała rację. Byłam okropna (RR, 9).

Rachel okazuje też impulsywność stwarzającą niebezpieczeństwo dla jej życia w różnych jego obszarach. Jednym z tych obszarów było odżywianie:

Do czasu, kiedy schudłam do wymarzonych pięćdziesięciu trzech kilogramów, wiedziałam już, że moja „dieta” nie przypomina tych, które udało mi się z sukcesem przeprowadzić po urodzeniu dzieci. Przypominała raczej moją anoreksję z 1978 roku – powróciło poczucie osamotnienia, obsesje i wycofywanie się z kontaktów z ludźmi na rzecz gwałtownych działań. Waga mówiła mi, że najwyższy czas zacząć normalnie jeść. Jednak sam widok normalnego jedzenia przyprawiał mnie o mdłości. Nie byłam w stanie tego jeść. Co najwyżej brałam trochę do ust i odsuwałam od siebie talerz, mówiąc, że nie jestem głodna. Po zjedzeniu batona cierpiałam z powodu strasznych wyrzutów sumienia i dosłownie widziałam, jak moje uda nabierają objętości. Ulgę przynosiła mi rezygnacja z kolejnego posiłku i potrójna porcja ćwiczeń. To była pokuta. Tylko waga, wskazująca tę samą albo niższą liczbę kilogramów, dawała mi rozgrzeszenie (RR, 71).

Pojawiają się u niej również gesty samobójcze oraz samookaleczenia, jakby próbowała ryzykować swoim życiem i patrzyła, jak daleko może się posunąć:

West Side. Przy odrobinie szczęścia trafię w najgorsze okolice, będę miała jeszcze więcej szczęścia, Bóg, w którego nie wierzyłam, zlituje się i pozwoli mi stać się kolejną ofiarą przestępstwa. Grałam z moim życiem w ruletkę. Biegłam boszo wiele kilometrów, wciąż na zachód, po pełnym potluczonym szkle chodniku, widząc wokół coraz bardziej zapuszczone domy (RR, 20–21).

Jej reakcje są niestabilne emocjonalnie, zależne od warunków. Odbiciem tego jest chaos, który ją otacza w domu:

W domu panował chaos. Dzieci porozrzuciły zabawki po podłodze, pampersy wylewały się z kosza na śmieci. Wszędzie porozgniatane krakersy i porozlewane mleko. Na stołach pełne petów popielniczki. Opakowania po fast foodach wały się po całym domu. Boże, powinnam się do tego wziąć. Przecież jestem w domu, na miłość boską. Co ze mnie za matka? (RR, 14–15).

Mówią o tym też rozmowy z mężem, wobec którego zachowuje się raz zbliżając się, a po chwili odpychając go:

Cześć, Tim... Głucha cisza. Po co, do diabła, zadzwoniłam? Czy miałam mu coś do powiedzenia? To było żalotne.

– Jesteś tam, Rachel?

– Tak.

– O co chodzi, kochanie? Jestem trochę zajęty. Za pół godziny mam ważne spotkanie.

– O!

– Coś się stało?

– Nienawidzę tego domu, Tim! Nienawidzę! Ten pieprzony bałagan. Dzieci śpią, ale wcale nie chce mi się sprzątać.

– Więc nie sprzątaj. Sama się prześpij. Pomogę ci, jak wrócę z pracy.

– Kiedy wrócisz?

– Dokładnie nie wiem. Za pół godziny mam prezentację na temat ubezpieczeń na życie. A potem muszę odbyć spotkanie w sprawie tej reklamy renty rocznej. Myślę, że skończę koło piątej.

– Więc wrócisz dopiero koło szóstej lub siódmej.

– Być może, ale mam spore zaległości...

– I to pewnie moja wina, co? – przerwałam mu (RR, 15).

Kiedy Rachel zaczyna leczenie, początkowo takie okresy niestabilności nastroju zdarzały się paradoksalnie częściej:

Przez następne parę tygodni zachowywałam się niczym tajfun, który zmiata wszystko, co stanie mu na drodze. Zwykle uciekałam z domu w nocy. Tim bał się o mnie, ale nie próbował powstrzymać. Być może obawiał się, że jeśli stawi mi opór, to znowu pobiegnę dalej, poza najbliższe sąsiedztwo, w kierunku zachodniej części miasta. Częściej teraz płakałam i Tim przestał się umawiać z klientami na wieczór w obawie przed tym, co mogło się stać w czasie jego nieobecności (RR, 21).

Sama Rachel widzi, że jej zachowanie wymyka się jej spod kontroli:

W domu w tym okresie zachowywałam się nieobliczalnie. Miałam okresy pełnego odętwienia spokoju, jakby wszystko powróciło do normy i jakbym już nie potrzebowała

leczenia. Jednak częściej, zwłaszcza po bardziej wyczerpujących sesjach, w czasie których walczyłam jak lwica, zupełnie traciłam panowanie nad sobą. Krzyczałam. Przeklinałam. Plakałam. Pod wpływem impulsu wybiegałam o północy z domu, żeby się przebiec. Nigdy wcześniej nie doświadczałam tak ostrego niepokoju. Zaczęłam mieć ataki paniki, w czasie których traciłam oddech. I okresy agorafobii, kiedy to panicznie bałam się miejsc publicznych (RR, 52).

Takie wybuchy również zdarzają się jej w szpitalu wobec personelu:

– Chcę do domu – wymamrotałam przez łzy. – Po prostu chcę do domu. Nie powinnam tu trafić. To miejsce nie jest dla mnie.

– Pff – parsknęła lekceważąco. – Może lepiej niech lekarz zdecyduje. Jeśli wypuści panią albo da przepustkę, to w porządku. Ale na pewno bez niej pani nie wyjdzie, w dodatku o drugiej w nocy. Dopóki ja siedzę w dyżurce! Proszę na siebie spojrzeć. Aż szkoda gadać. Ma pani na sobie szpitalny szlafrok. A poza tym wzięła pani silne leki. To było niebezpieczne.

Teraz ja mogłam wyładować swoją złość.

– To wolny kraj i mogę iść, gdzie mi się podoba! Poza tym nie miałam z tym problemów, bo pani siedziała na tłustej dupie i czytała (RR, 26–27).

Taki atak wściekłości powoduje u niej poznanie diagnozy swojego zaburzenia:

– Ty skurwysynu! – wylałam, płacząc, a kobieta w informacji gapiała się na mnie przez podwójnie przeszklone drzwi. – I po co te bzdury?! Te pieprzone kłamstwa! Równie dobrze mógłbyś jej kazać napisać: „głupia cipa” i wyszłoby na jedno!

– To są materiały powstałe po wypełnieniu testu, Rachel – odparł spokojnie, nie zwracając uwagi na mój wybuch. – One cię w pełni nie definiują.

– Więc przyznajesz, że to kłamstwa, co? Wierutne kłamstwa?

– Nie powiedziałem, że ten materiał jest nieprawdziwy, tylko niekompletny.

– Czytałeś to? – Zaczęłam teraz jęczeć, błagając o litość. – Czytałeś? Mój Boże, to, co napisała... „Manipulująca ludźmi”. „Psychotyczna”. „Podatna na uzależnienia”. Cholera, czy naprawdę aż tak mnie nienawidzisz? (RR, 46).

Pierwsze pobyty w szpitalu nie dają wystarczającego efektu i niestabilność nastroju wręcz się nasila:

Po wyjściu zachowywałam się bardziej nieobliczalnie niż kiedykolwiek wcześniej. Obnosiłam swój sceptycyzm i niechęć do doktora Padgetta i coraz bardziej bałam się, że już do końca życia będę chora psychicznie, za co również winiłam mojego terapeutę. Sesje terapeutyczne biegle ustalonym trybem. Byłam albo napastliwa, defensywna i wrogo na-

stawiona oraz kwestionowałam wszystko, co mi mówił, albo też siedziałam otepiała i nie okazywałam żadnych emocji. Zakładałam ręce na piersi i stwierdzałam kategorycznie, że terapia nie ma sensu i że nie mam mu nic do powiedzenia. Doktor Padgett nalegał coraz bardziej, żebyśmy zajęli się moim wczesnym dzieciństwem, a ja opierałam się z całą zaciętością, na jaką mnie było stać. Nie tylko groziłam, że targnę się na swoje życie, ale również, że poinformuję Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne i media, że jest ignorantem i na niczym się nie zna. Zresztą święcie w to wierzyłam (RR, 56).

Rachel przeżywa też mocne poczucie pustki. Ujawnia się to szczególnie w okresie nawrotu anoreksji. Jej ataki gniewu są kompletnie niszczące i nie potrafi nad nimi panować. Szczególnie przerażający dla niej i mobilizujący do leczenia był epizod, gdy uderzyła syna:

Jeffrey nie odwracał ode mnie oczu i wciąż płakał. Leżał na podłodze, zanosząc się łkaniem, a ja coraz bardziej pograżałam się w czarnych myślach.

– Przestań, Jeffrey, na miłość boską! – wrzasnęłam. Nie umilkł.

– Zamknij się, ty gówniarzu! Wciąż płakał.

Złapałam go z wściekłością za ramię i zaczęłam bić, aż rozboleła mnie ręka. Nie mogłam przestać do chwili, kiedy znowu spojrzałam mu w oczy. Ze strachu przestał szlochać. Jego lęk był teraz silniejszy niż potrzeba wyrażenia emocji, ale jego oczy były tak wielkie jak spodki i pełne przerażenia. To mnie powstrzymało (RR, 22).

Ataki gniewu i furii niszczą jej relacje na oddziale, gdzie przebywa na leczeniu:

– Daj mi walkmana. – Nie możesz mi go zabrać! – krzyknęłam histerycznie. – Nie mogę tu siedzieć beczynnie i nawet nie mieć do kogo gęby otworzyć poza tymi... tymi... psycholami! Nie możesz mi zabrać walkmana! Nie możesz!

– Mam prawo zrobić wszystko, by utrzymać porządek na oddziale. Daj mi tego walkmana! To był prawdziwy koszmar. Chciałam krzyczeć, płuć, rzucić się na nią z pięściami. Ale tylko odeszłam, udając, że nie zwracam na nią uwagi. Kiedy zaczęłam chodzić, dotarła do mnie jej tyrada, mimo Supertrampów, których słuchałam naprawdę głośno. Obróciłam się i spojrzałam na nią przez ramię. Nienawidziłam jej. Zdjęłam słuchawki, wzięłam walkmana do prawej ręki i rzuciłam w nią, celując w głowę. Chybiłam o parę centymetrów. Walkman uderzył głucho o dywan i odpadła od niego kieszka z kaseta.

– Teraz zadowolona?! – wrzasnęłam histerycznie. – Jest już do niczego. Więcej go nie będę słuchać, ty kurwo!

– Zupełnie nad sobą nie panujesz. Zaraz zadzwonię do doktora Padgetta (RR, 33–34).

Napady gniewu kieruje też na swojego terapeutę, łącząc je z przekleństwami i znieważaniem:

„Zrobiła to, ponieważ ja jej to poleciłem, Rachel” – Doktor przestał się uśmiechać.
– Ty skurwielu! jak mogłeś?!
– Nie panowałaś nad sobą. Doskonale wiesz, czym to się mogło skończyć. Musiałaś tu trafić (RR, 37).

Rachel przeżywa również bardzo mocno nasilone objawy dysocjacyjne. Można je określić jako objawy osobowości mnogiej: z jednej strony pojawienie się w niej silnego tyrana, z drugiej małego dziecka. Jakby część osobowości ratując się przed wspomnieniami przemocy identyfikowała się ze sprawcą, a inna część ze skrzywdzonym przez niego dzieckiem, szukającym pomocy:

Poczułam, że wściekły tyran traci nade mną panowanie, jakby pod wpływem egzorcyzmów. Jego miejsce zajęło bezradne dziecko.
– Pomóż mi, proszę – błagałam słabym głosem. – Boję się, doktorze. Nie wiem, co mnie opętało. Nie chciałam tego wszystkiego mówić. Nie chciałam panu grozić. Niczego panu nie zrobię [...].
Przeżycia te bardzo mocno ją dezorganizują, powodując duży lęk, który ujawnia doktorowi: „Potrzebuję pana. Proszę mi pomóc. Co się ze mną dzieje? Czy naprawdę jestem wariatką? Teraz ona zaczyna nade mną panować (RR, 75).

Ten etap terapii jest szczególnie trudny, wyczerpuje ją emocjonalnie i fizycznie:

Zajmowanie się dwojgiem dzieci, które miałam w sobie, było znacznie bardziej wyczerpujące niż zajmowanie się dwojgiem własnych dzieci. Nie byłam jednak w stanie uniknąć walki między dwoma fragmentami mojej osobowości. Badanie ich natury w czasie sesji dodało im tylko życia i energii, tak że wydawały się w ogóle nie męczyć. Jednak moje dorosłe ja było wyczerpane (RR, 77).

Właśnie etap jednoczenia tych części swojej osobowości był dla Rachel początkiem wychodzenia z ostrych zaburzeń w kierunku zdrowia. W tabeli 34 zebrano zaburzenia osobowości *borderline* u Rachel.

Tabela 34. Objawy zaburzeń osobowości z pogranicza z książki: R. Reriland, *Uratuj mnie*

Objawy z DSM-5	Opis
<p>Staly wzorec zachowań i doświadczania emocji, polegający na niestabilności związków międzyludzkich, zmienności w zakresie postrzegania samego siebie i reakcji emocjonalnych oraz znacznej impulsywności. Rozpoczyna się u młodych dorosłych i charakteryzuje co najmniej pięcioma objawami.</p> <p>1. Desperacki wysilek wkładany w unikanie wyobrażonego odrzucenia przez innych.</p>	<p>Gra odpychania i przyciągania męża; Odpychanie i przyciąganie terapeuty; Idealizowanie go a po chwili całkowite dewaluowanie, obrzucanie przekleństwami; Stosowanie gry i manipulacji wobec męża i terapeuty.</p>
<p>2. Niestabilne i burzliwe przebiegające związki międzyludzkie charakteryzujące się wahaniami pomiędzy idealizacją i dewaluacją innych.</p>	<p>Dużo nieuporządkowanych związków seksualnych przed małżeństwem; Na zmianę: idealizacja i dewaluacja lekarza.</p>
<p>3. Zakłócenia poczucia własnej tożsamości – wyraźny i trwale niestabilny obraz samego siebie lub własnego Ja.</p>	<p>Niestabilny obraz siebie jako kobiety; Pragnienie bycia mężczyzną by zasłużyć na miłość ojca; Ataki wściekłości w stosunku do odruchów swojej kobiecości.</p>
<p>4. Impulsywność okazywana w co najmniej dwóch obszarach, stwarzających potencjalne zagrożenie.</p>	<p>Życie określa jako ciąg ryzykownych osunęć. Narkotyki, ryzykowny seks; Ryzykowne ucieczki z domu; Kompulsywne bieganie po oddziale szpitalnym. Kompulsywne ćwiczenia; Anoreksja, zaburzenia w odżywianiu będące mechanizmem obronnym.</p>
<p>5. Nawracające zachowania, gesty lub groźby samobójcze lub samookaleczenia.</p>	<p>Groźby samobójcze.</p>
<p>6. Niestabilność reakcji emocjonalnych spowodowana zmiennością nastroju w zależności od warunków.</p>	<p>Kompletny chaos w życiu; Nieustanne zmiany nastroju.</p>
<p>7. Przewlekłe poczucie pustki.</p>	<p>Poczucie pustki w trakcie epizodu anoreksji.</p>
<p>8. Niedostosowane zachowania, poczucie gniewu i trudność w panowaniu nad nim.</p>	<p>Ataki gniewu najpierw tylko w stosunku do męża, potem też wobec dzieci; Ataki wściekłości wobec najbliższych, na oddziale. Walka ze ścianami; Ataki wściekłości wobec terapeuty.</p>
<p>9. Związane z czynnikami stresowymi przemijające wyobrażenia paranoidalne lub bardzo nasilone objawy dysocjacyjne.</p>	<p>Dysocjacyjne rozszczepienie. Świadome przeżywanie siebie jako dwóch osób, bezradnej dziewczynki i złośliwego ordynarnego tyrana; Przeżywanie rozszczepienia szczególnie w okresie regresji. Silne stany dysocjacyjne.</p>

Źródło: Badania własne.

Kolejnym przykładem artystycznej interpretacji zaburzeń osobowości będzie Adam Miauczyński, postać stworzona przez reżysera i scenarzystę Marka Koterskiego na potrzeby różnych tworzonych przez siebie filmów (bohater nazywa się tak samo, ale w różnych filmach jest właściwie nieco innym człowiekiem). W tym kontekście interesować nas będzie polonista z zaburzeniem osobowości obsesyjno-kompulsywnej, a więc szczególnie wariant postaci Miauczyńskiego, który pojawił się w filmie „Dzień świra” z 2002 roku.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne – film „Dzień świra”, reż. Marek Koterski (2002)

Główny bohater filmu „Dzień świra”, Adam Miauczyński, to osoba, która na co dzień zmagają się z zaburzeniami osobowości obsesyjno-kompulsywnymi⁴⁰. Każdego dnia musi sobie radzić z targającymi go natręctwami, przez co każdy kolejny dzień stanowi dla niego zupełnie osobne wyzwanie. Jego życie jest jednym wielkim ciągiem powtarzanych w kółko rytuałów, które z jednej strony porządkują bohaterowi rytm dobowy, z drugiej zaś odbierają mu całą radość życia. Powodują też ogromne zmęczenie, przed którym Miauczyński bez ustanku usiłuje uciec. Jednak nawet sama ucieczka nie przynosi upragnionej ulgi, ponieważ te same problemy z całą bezwzględnością dopadają go nawet na wczasach, na których przecież miał odpocząć. Głównym problemem Miauczyńskiego jest to, że nie akceptuje samego siebie. Nie umie budować trwałych związków, mimo że ciągle marzy o wielkiej, romantycznej miłości. Każdą jego relację niszczy ogromna, nagromadzona agresja.

Bohater filmu przejawia nadmierne zainteresowanie szczegółami, regułami, wykazami, porządkiem, organizacją i harmonogramami. Samo rytualne porządkowanie świata, który go otacza, tak bardzo go wciąga, że ztraca sens tego, co robi. Każdy jego dzień jest przeliczony co do jednego ruchu. Z obsesyjną dokładnością sprawdza nawet zamknięcie drzwi przed wyjściem, kurki od gazu i wody. A jeśli coś zakłóci ustalony przez niego porządek, wpada we wściekłość. Nie zauważa, że wykonywanie przez niego zadań zakłóca najbardziej on sam, ponieważ jego perfekcjonizm uniemożliwia zrobienie czegokolwiek tak, by był zadowolony. Aby wykonać

40 Film „Dzień świra”, reż. M. Koterski, Polska 2002.

czynność dokładnie, wykonuje ją parę razy, bez przerwy wszystko powtarzając, przez co nie jest w stanie w ogóle jej wykonać. Jego determinacja doprowadza go nawet do tak irracjonalnych ruchów, jak cofnięcie zegara, aby wszystko zgadzało się z jego planem co do minuty. Sztywność i upór bohatera filmu najlepiej wyraża ogólny rozkład dnia: wszystko jest tam przeliczone co do sekundy.

Wszystkie działania na rzecz wydajności każdego pojedynczego działania prowadzą *de facto* do ograniczania możliwości efektywnego spędzania wolnego czasu, a osobnym problemem staje się aktywne kultywowanie przyjaźni. Miauczyński nie chodzi na randki ani nie spotyka się ze znajomymi. Ma tak ogromne wymagania wobec kobiet, że nie ma szansy nawiązać relacji z żadną, która rzeczywiście istnieje.

Nie potrafi odpoczywać, chociaż jest nieustannie zmęczony. Praca jest dla niego udręką. Każdy przeżyty przez niego dzień, nawet jeśli nieszczerze gólnie pracowity, owocuje wieczorem ogromnym zmęczeniem. Można powiedzieć, że zmęczenie towarzyszy mu w zasadzie bezustannie przez całe życie, co próbuje także wytłumaczyć specjalistom, do których chodzi, szukając pomocy.

Jest też nadmiernie sumienny, skrupulatny i mało elastyczny w sprawach moralności, etyki i wartości. Nie marnuje niczego, nie znosi marnowania żywności czy wody. Nie wyrzuca bezwartościowych i zużytych rzeczy, nawet gdy nie mają one wartości sentymentalnej, jak stare i przeczytane już gazety. Usiłuje umoralniać swojego własnego syna, mimo że sam jest agresywnym i mało życzliwym wobec innych człowiekiem.

Zastanawiając się nad przyczynami zaburzeń osobowości u Adama, można poddać analizie postawę jego matki i relacje, jakie łączą ją z synem. Miauczyński jest 49-letnim dorosłym mężczyzną, który sam ma nastoletniego syna, a także nieudany związek zakończony rozwodem. Co ciekawe, mimo że podporządkowuje swoje własne życie matce, przychodząc do niej na obiady i zwykle jej słucha, nie umie z nią rozmawiać, czuje się przez nią nierozumiany, czasami wręcz jej nienawidzi. Pozwala to mniemać, że prawdopodobnie jedną z przyczyn zaburzeń Adama jest ta dziwna, krępująca i nadopiekuńcza relacja z matką.

Wszystkie objawy zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego u Adama Miauczyńskiego z filmu „Dzień świra” zostały zestawione w tabeli 35.

W następnym podrozdziale omówione zostanie kolejne schorzenie ze spektrum nieprawidłowego rozwoju osobowości – zaburzenie narcystyczne.

Do analizy posłużmy nam dzieło filmowe „Lista Schindlera”, stworzone przez Stevena Spielberga, a konkretnie – postać Oskara Schindlera.

Tabela 35. Zaburzenia osobowości obsesyjno-kompulsywnej z filmu „Dzień świra”

Objawy z DSM-5	Opis
<p>Staly wzorzec zachowań i reakcji emocjonalnych polegający na pochłonięciu tematyką porządku, skrupulatności oraz kontroli psychicznej. Występujący w kontaktach międzyludzkich, utrzymywany kosztem elastyczności, otwartości i wydajności. Rozpoczyna się u młodych dorosłych i charakteryzuje co najmniej czterema objawami.</p> <p>1. Zaabsorbowanie szczegółami, regułami, wykazami, porządkiem, organizacją lub harmonogramami w takim stopniu, że tracony jest podstawowy sens danej czynności.</p>	<p>Dokładny porządek dnia, przeliczony co do jednego ruchu, a także pojawiająca się wściekłość, gdy coś ten porządek zakłóci.</p> <p>Obsesyjne sprawdzanie zamknięcia drzwi, zakręcenia kurków.</p>
<p>2. Perfekcjonizm, który zakłóca wykonanie zadania.</p>	<p>Perfekcyjne wykonywanie wszystkiego z góry ustaloną liczbą ruchów.</p>
<p>3. Nadmierne poświęcanie się wydajności ze szkodą dla wolnego czasu oraz przyjaźni.</p>	<p>Bohater filmu nikogo do siebie nie zaprasza, nie chodzi na randki;</p> <p>Nie potrafi odpoczywać;</p> <p>Jest nieustannie zmęczony;</p> <p>Praca jest dla niego udręką;</p> <p>Brak relacji z kobietą, przesadne wobec niej wymagania.</p>
<p>4. Przesadna sumienność, skrupulatność i mała elastyczność w sprawach moralności, etyki oraz dotyczących wartości.</p>	<p>Nie marnowanie niczego; bohater nie znosi marnowania żywności oraz wody;</p> <p>Moralizowanie w stosunku do syna.</p>
<p>5. Niezdolność do wyrzucania zużytych lub bezwartościowych przedmiotów, nawet gdy nie mają wartości sentymentalnej.</p>	<p>Niewyrzucanie niczego.</p>
<p>6. Niechęć do przekazywania obowiązków lub pracy innym, jeśli nie poddadzą się narzuconym sposobom ich wykonania.</p>	
<p>7. Nadmierna oszczędność dotycząca siebie samego lub innych. Pieniądże są gromadzone na wypadek katastrof mogących nastąpić w przyszłości.</p>	
<p>8. Sztynność i upór.</p>	<p>Sztynność w rozkładzie dnia.</p>

Źródło: Badania własne.

Zaburzenie narcystyczne – film „Lista Schindlera”, reż. Steven Spielberg (1993)

Film „Lista Schindlera” to dramat wojenny ukazujący historię niemieckiego przedsiębiorcy Oskara Schindlera, który w trakcie drugiej wojny światowej prowadził fabrykę naczyń emaliowanych (a także później amunicji) na terenie Krakowa w okupowanej przez hitlerowców Polsce, korzystając z pracy przymusowej przede wszystkim Żydów więzionych w znajdującym się nieopodal obozie pracy przymusowej w Płaszowie⁴¹. Schindler, mimo iż początkowo zainteresowany był głównie zyskami, które czerpać mógł z pracy niewolniczej, z czasem zaczął aktywnie działać na rzecz ochrony swoich pracowników, ratując ich bardzo często przed wyrokiem śmierci. Zdołał ochronić przed zagładą blisko 1100 Żydów, wywożąc ich do Czech, dając ogromne łapówki przeróżnym urzędnikom i samym esesmanom. Film odniósł ogromny sukces i otrzymał wiele prestiżowych nagród, m.in. 7 Oskarów, 40 innych nagród i 19 nominacji⁴².

Historia ukazana w filmie zaczyna się w momencie, gdy Oskar Schindler przyjeżdża do Krakowa. Choć początkowo nikomu nieznanym, bardzo szybko zyskuje rozgłos i uznanie wśród działających na miejscu hitlerowców. Schindler miał talent negocjacyjny i wyjątkowy urok osobisty, czego dowodzi scena w restauracji, w której w ciągu kilku godzin z kogoś zupełnie anonimowego stał się gwiazdą całej imprezy. Jest bardzo sprytny: zdjęcia, które robią sobie z nim znaczące osobistości hitlerowskiej nomenklatury, wykorzystuje później w reklamie tworzonej przez siebie fabryki naczyń emaliowanych, zyskując w ten sposób wpływy i w pewnym sensie parasol bezpieczeństwa od władz. Schindler sportretowany został jako osoba przekonana o swojej wyjątkowości, ale także wewnętrznie wyjałowiona. W rozmowie z żoną opowiada o poczuciu pustki, jakie mu towarzyszy, a także o tym, że jak dotąd nic mu się nie udawało. Wojna jest dla niego szansą wybicia się i zarobienia pieniędzy. We własnych fantazjach postrzega siebie jako człowieka, który jest skazany na sukces – jedyne, czego pragnie, to wyjechać z Polski z walizkami wypełnionymi pieniędzmi.

41 Film „Lista Schindlera”, reż. S. Spielberg, Stany Zjednoczone 1993.

42 Informacje szczegółowe na temat filmu zaczerpnięto z serwisu internetowego Filmweb.pl, zob. <https://www.filmweb.pl/film/List+Schindlera-1993-1211> [dostęp: 13.06.2020 r.].

Jak nadmieniliśmy, Schindler jest początkowo nastawiony jedynie na zarobek, a pracujących dla niego Żydów traktuje jedynie jako narzędzie do osiągnięcia celu. Sam nie pracuje, zajmuje się jedynie coraz to nowymi romansami. Są one dla niego źródłem swoistej dumy. Nie wstydzi się, gdy przyjeżdża do niego żona i spotyka go z kochanką. Jeśli mielibyśmy wskazać postać, która pierwsza zaczęła ratować Żydów na tym etapie filmu, byłyby to Izaak Stern. Dla Schindlera sytuacja ta była mało istotna, a interesowała go o tyle, o ile zagrażała jego interesom i pragnieniom osiągnięcia sukcesu.

Punktem przełomowym dla późniejszej przemiany głównego bohatera jest likwidacja getta krakowskiego w marcu 1943 roku, którego naocznym świadkiem jest sam Schindler. Widok mordowanych i wywożonych ludzi staje się dla niego nie do zniesienia. Od tego czasu swoje zdolności manipulacyjne kieruje na pomoc Żydom. Kompozycja filmu opiera się na ukazaniu bohatera w relacji, dlatego przeciwwągą dla Schindlera jest komendant obozu Płaszów i zbrodniarz wojenny w jednej osobie Amon Göth. Twórcy filmu ukazują pewne podobieństwa łączące obie postaci, ale z upływem czasu przesuwają punkt ciężkości ku Schindlerowi, który ma silniejszą osobowość, a przez to zyskuje solidną przewagę, skutecznie manipulując samym Göthem, dzięki czemu osiąga własne cele i ratuje ludzi przed śmiercią.

Schindlerowi ostatecznie udało się przewieźć swoich żydowskich pracowników do obozu w Czechach – KL-Brünnlitz, gdzie doczekali się wyzwolenia. Do końca pozostał człowiekiem, u którego można zauważyć cechy narcystyczne. Widać to w scenie, w której żegna się ze swoimi pracownikami, rozpaczając, że nie udało mu się uratować nikogo więcej. Pragnienie bycia wyjątkowym widoczne jest nawet w jego chęci do jeszcze większej pomocy. Podstawowe cechy narcystyczne Oskara Schindlera zostały zestawione w tabeli 36.

Przeciwwągą dla Schindlera był w filmie „Lista Schindlera” komendant obozu w Płaszowie i nazistowski morderca Amon Göth. W następnym podrozdziale przyjrzymy się bliżej tej postaci. Głównym zaburzeniem, które można u Götha zdiagnozować, jest zaburzenie osobowości antyspołecznej.

Tabela 36. Cechy narcystyczne Oskara Schindlera, bohatera filmu „Lista Schindlera”

Objawy z DSM-5	Opis
<p>Stały wzorec zachowań i reakcji emocjonalnych związany z poczuciem wyższości, potrzebą bycia podziwianym i brakiem zdolności do współodczuwania. Rozpoczyna się u młodych dorosłych i charakteryzuje co najmniej pięcioma objawami</p> <p>1. Wielkościowe przekonania co do swojej wartości.</p>	<p>Sposób wchodzenia w towarzystwo, przekonanie o własnej wartości.</p>
<p>2. Pochłonięcie wyobrażeniami o nieograniczonym: sukcesie, władzy, doskonałości, pięknie lub miłości idealnej.</p>	<p>Rozmowa z żoną. Przedstawienie swojej przyszłości, wyjazdu z wieloma walizkami pieniędzy.</p>
<p>3. Przekonanie o byciu kimś wyjątkowym i niepowtarzalnym, rozumianym wyłącznie przez osoby o wysokim statusie społecznym i zdolnym do przebywania wyłącznie w towarzystwie takich osób.</p>	<p>Sposób wkroczenia do restauracji na początku filmu; Przekonanie o własnej ważności; Manipulacja Niemcami poprzez przekonanie o swojej wysokiej pozycji; widać to zwłaszcza w scenie na dworcu, gdy ratuje Izaaka Sterna.</p>
<p>4. Nadmierna potrzeba bycia podziwianym.</p>	<p>Nadmierne dbanie o wygląd.</p>
<p>5. Poczucie bycia uprzywilejowanym</p>	<p>Uważa, że jest ponad prawem; nie czuje się winny zdradzania żony.</p>
<p>6. Wykorzystywanie innych osób dla osiągnięcia swoich celów.</p>	<p>Wykorzystywanie Niemców do wzbogacenia się. Na początku Izaaka Sterna też wykorzystywał. Potem korzystał zaś w pewnym sensie ze swojej przewagi intelektualnej nad Amonem Göthem.</p>
<p>Brak zdolności współodczuwania.</p>	
<p>Częste poczucie zazdrości wobec innych lub przekonanie, że to inni są zazdrośni.</p>	
<p>9. Aroganckie, wyniosłe zachowanie się lub postawa.</p>	<p>Aroganckie potraktowanie kobiety, która przychodzi o pomoc dla rodziców; Aroganckie traktowanie żony.</p>

Źródło: Badania własne.

Zaburzenie antyspołeczne – film „Lista Schindlera”, reż. Steven Spielberg (1993)

Amon Göth pojawia się w filmie tuż przed ostateczną likwidacją getta w marcu 1943 roku i stworzeniem obozu pracy przymusowej w Płaszowie. Jak już wcześniej nadmienialiśmy, Göth jest postacią nie tylko symbolizującą cały hitlerowski system ucisku, ale też jest pewną przeciwwagą dla postaci Oskara Schindlera. Obaj bohaterowie pozostają w ciągłej relacji, ponieważ cechy jednego uwydatniają cechy drugiego, i na odwrót. Obaj są narcyzami, przy czym w przypadku Götha można też mówić o typie osobowości antyspołecznej.

Göth nie przestrzega zasad zachowania związanych z prawem naturalnym. Narusza wszelkie zasady społeczne, odbierając prawo do wolności i życia swoim ofiarom. Robi to głównie z powodu zasad wyznaczonych przez nazistowski porządek społeczny, w którym wartość ludzkiego życia zależała od określonego typu przynależności plemiennej i rasowej. Ma poczucie bycia panem życia i śmierci swoich ofiar, i w istocie nim jest. Zabijanie traktuje jak każdą inną czynność wykonywaną rutynowo każdego dnia. Uważa, że nie obowiązują go żadne reguły; stawia się ponad wszystkimi, a jako komendant obozu pracy zajmuje wobec więźniów pozycję w zasadzie boską: to w jego rękach jest życie ludzkie.

Z charakteru Göth jest impulsywny i nie panuje nad swoimi popędami. Ma problem z nadużywaniem alkoholu, a rozwinięta w pełni choroba alkoholowa prawdopodobnie zaostrza jego zachowanie. W istocie robi to, na co ma ochotę, nie zważając na konsekwencje czynów. Doskonale obrazuje to scena filmu, w której paląc papierosa, z okna swojej willi strzela z broni wyborowej do przypadkowo wybranych więźniów, a po zabiciu paru osób udaje się do toalety, by oddać mocz, jakby nic się przed chwilą nie stało. W chwili wściekłości katuje też swoją gospodynię, z którą chwilę wcześniej prowadzi przedziwny monolog, wkładając w jej usta swoje chore przemyślenia. Jest przy tym wyrachowany i przekupny. Jeśli pojawia się przed nim widmo zarobku, po krótkich negocjacjach pozwala na wykupienie mordowanych przez siebie Żydów przez Oskara Schindlera, oczywiście inkasując za to ogromne pieniądze.

Göth nie ma poczucia winy, jest absolutnie obojętny na ból i cierpienie swoich ofiar. Zabija dla zabawy, będąc przy tym kompletnie nieobliczalny. Nie da się wobec niego zastosować żadnych moralnych kryteriów.

Objawy zaburzenia osobowości antyspołecznej u Amona Götha na tle wszystkich objawów tej osobowości opisanych w DSM-5 zestawiono w tabeli 37.

Tabela 37. Osobowość antyspołeczna Amona Götha, bohatera filmu „Lista Schindlera”

Objawy z DSM-5	Opis
<p>Wzorzec zachowań polegających na lekceważeniu i naruszaniu praw innych osób występujący po 15 roku życia charakteryzujący się co najmniej trzema objawami.</p> <p>1. Nieprzestrzeganie zasad zachowania związanych z prawem, naruszanie norm społecznych, ponawianie działań prowadzących do uzasadnionego pozbawienia wolności.</p>	<p>Poczucie bycia panem życia i śmierci;</p> <p>Niszczanie życia innych;</p> <p>W obozie nie obowiązują żadne reguły;</p> <p>Komendant stawia się ponad wszystkimi.</p>
<p>2. Oszustwa polegające na powtarzającym się okłamywaniu, podawaniu się za kogoś innego, nakłanianiu innych do działań w celu uzyskania korzyści lub przyjemności.</p>	
<p>3. Impulsywność, trudności w planowaniu.</p>	<p>Impulsywne reakcje, picie bez umiaru.</p>
<p>4. Drażliwość, agresywne zachowania będące przyczyną wywoływania bójek lub napaści.</p>	
<p>5. Lekkomyślne lekceważenie zasad bezpieczeństwa dotyczące siebie samego lub innych.</p>	
<p>6. Nieodpowiedzialność, której przejawem jest powtarzające się łamanie zasad zachowań w pracy lub niedopełnianie zobowiązań finansowych.</p>	
<p>7. Brak poczucia żalu, objawiający się obojętnością lub racjonalizowaniem w przypadku zranienia, oszukania lub okradzenia innej osoby.</p>	<p>Zabijanie bez poczucia winy;</p> <p>Zabijanie dla zabawy.</p>

W kolejnym podrozdziale przyjrzymy się dziełom literackim, w których głównym motywem jest przemoc. Analizie zostaną poddane książki, w których doświadczenie przemocy drastycznie zmieniało warunki życia osób, które ją przeżywały, a także wywoływały różnorodne objawy psychopatologiczne.

13. Przemoc i jej skutki

Przemoc ze strony matki – książka: Dave James Pelzer, *Dziecko zwane „niczym”, czyli dziecięca wola przetrwania* (1999)

Pierwszą książką, którą omówimy w tym rozdziale, będzie *Dziecko zwane „niczym”, czyli dziecięca wola przetrwania* autorstwa Dave’a Jamesa Pelzera, opublikowana w 1999 roku⁴³. Jest to historia chłopca, którego psychicznie i fizycznie maltretowała własna matka-alkoholiczka. Autor powieści rzuca czytelnika na głęboką wodę od samego początku. Dowiadujemy się, że Dave jest dzieckiem skrajnie niedożywionym. Dobitnie opisano to w scenie, w której walczy on o posiłek: nie jadł kolacji, więc prosi matkę, aby dała mu coś do zjedzenia rano. W zamian dostaje kolejne lanie:

Udaję wystraszonego, przytakuję jej pogrożkom. Proszę – mówię do siebie – daj mi tylko jeść. Możesz mnie zbić, ale muszę coś zjeść (DP, 11).

Jego posiłkiem stają dla niego stają się resztki zlane z miski jednego z braci. W szkole Dave zostaje obejrzany przez pielęgniarkę, która dopytuje go o widoczne wszędzie siniaki. Jak zwykle słyszy od chłopca kolejne wykryty, przy czym nie daje mu już wiary i nakłania do szczerzej rozmowy. Dzięki interwencji pielęgniarki losem chłopca zainteresowało się kilku nauczycieli i dyrektor, którzy wezwali do szkoły policjanta. Dave był przerażony. Bał się, że jego matka zostanie poinformowana o sytuacji i znowu będzie go czekało bicie. Myślał też o tym, że zostaje zabrany przez policjanta do więzienia. Żadne z tych przypuszczeń się nie potwierdziło, ponieważ posterunkowy, dzwoniąc do matki chłopca, poinformował ją o tym, że Dave nie wróci na noc do domu, a jego nowym miejscem zamieszkania będzie Dział dla Nieletnich w San Mateo. Chłopiec, zrozumiałszy sytuację, rozplakał się z poczuciem ulgi.

Do tej pory sytuacja Dave’a w szkole nie była kolorowa. Jego koledzy i koleżanki naśmiewali się z niego, zatykając nosy i sycząc na jego widok. Uważali go za niedobre dziecko, ponieważ zdarzało mu się coś ukraść,

43 D. Pelzer, *Dziecko zwane niczym, czyli dziecięca wola przetrwania*, przeł. J. Spólny, Warszawa 1999. Skróót: DP, numer strony.

miał często dziurawe ubrania, a zapach rozchodzący się wokół niego pozostawiał wiele do życzenia:

W koszuli z długim rękawem jest więcej dziur niż w szwajcarskim serze. Chodzę w niej dwa lata. Mama każe mi ją zakładać, żeby mnie upokorzyć. Spodnie są w podobnym stanie, w czubkach butów też są dziury. Jak chcę, to potrafię wyjąć na wierzch duży palec (DP, 18–19).

Co ciekawe, życie chłopaka początkowo nie wyglądało tak tragicznie. Pierwotnie jego rodzina była wręcz wzorcowa – kochająca i dobra. Matka dbała o dom i dzieci, a ojciec, wykonujący zawód strażaka, niósł pomoc ludziom i był postrzegany przez synów jak bohater. Często spędzali razem czas, wyjeżdżali na wycieczki całodniowe do parku Golden Gate w San Francisco, a ich wspólne święta trwały w atmosferze radości. W pewnym jednak momencie w kobiecie doszło do diametralnej zmiany. Zaczęła pić, całymi dniami leżała na wersalce ubrana w szlafrok, oglądając telewizję. Podnosiła się tylko wtedy, gdy musiała iść do łazienki, napić się kolejnego drinka czy po to, aby odgrzać resztki jedzenia. Zaczęła się też znęcać nad dziećmi. Początkowo stosowała względem syna metodę „leczenia w kącie”, ale gdy uznała, że nie przynosi ona skutków, zaczęła stosować metodę „leczenia przed lustrem”. Łapała syna i pchała go w kierunku lustra, rozmazując jego twarz na szkle. Dave musiał powtarzać przy tym w kółko słowa: „jestem niedobry”. Chłopiec zorientował się, że matka łagodnieje, gdy do domu wraca ojciec. Wtedy mógł on bawić się z braćmi, nie był torturowany przez matkę i miał chwilę spokoju. Oglądali wspólnie filmy animowane, przy których rodzice częstowali się różnymi drinkami:

Ojciec stał się moim obrońcą. Gdy szedł pracować nad czymś do garażu, nie odstępowałem go jak cień. Gdy siadał na ulubionym krześle i czytał gazetę, siadałem u jego stóp. Po kolacji zmywał naczynia, a ja je wycierałem. Wiedziałem, że dopóki jest przy mnie, nie stanie mi się żadna krzywda (DP, 23).

Kiedy ojca nie było, groziło mu ciągle niebezpieczeństwo. Pewnego dnia, gdy ojciec wyszedł z domu, Dave został pobity przez matkę, wskutek czego doznał urazu lewej ręki. Matka zawiozła go do szpitala, oczywiście wymyślając historię rzekomego wypadku.

Inną oazą spokoju i wytchnienia dla Dave'a była mimo wszystko szkoła. Zawierał szybko nowe znajomości i spędzał czas na zabawach. Był

pilnym uczniem, a nauczyciele go lubili. Matka jednak nadal uważała, że jest niedobrym dzieckiem, zakałą rodu, za co był regularnie karany. Latem bez żadnego uprzedzenia rodzice zostawili syna u ciotki Jose. Dave szybko stamtąd uciekł, za co musiał później odpokutować. Matka biła go i kopała, a na koniec wsadziła mu mydło do buzi. Od tego momentu było mu wolno odezwać się tylko na wyraźne polecenia. Pewnego razu, gdy wrócił do domu, matka była rozwścieczona – kazała mu się rozebrać i stanąć przy kuchence. Opowiadała o tym, jak jeździła pod szkołę, by go obserwować, i że wie o łamaniu przez syna jej zakazów. Aby ukarać chłopca, mocnym chwytem wzięła jego rękę i przystawiła do ognia, krzycząc: „Przez Ciebie moje życie stało się piekłem, a teraz ja pokażę Ci, jak wygląda prawdziwe piekło”. Poniższy opis przedstawia to jeszcze dosadniej:

Wzięła mnie za rękę i przystawiła ją do pomarańczowo-niebieskiego płomienia. Czulem się tak, jakby wybuchala mi skóra. Rozniósł się swąd przypalanych włosów. Mimo wysiłków nie mogłem uwolnić ręki. Po chwili opadłem na czworaki i próbowałem dmuchać na poparzenia. [...] Kazała mi położyć się na kuchence, żeby mogła obejrzeć sobie, jak się palę (DP, 27).

Matka zmuszała Dave'a do chodzenia w tych samych rzeczach, przez co ubrania zaczynały śmierdzieć, a z czasem wycierały się i dziurawiły. Nie starała się już nawet ukrywać siniaków syna na twarzy czy rękach. Coraz częściej zdarzało jej się zapominać o kolacji, a nawet celowo nie przygotowywała śniadań dla chłopca. Głód zmuszał Dave'a do kradzieży śniadań kolegów. W weekendy matka w ogóle nie dawała mu jeść, tłumacząc, że jest to kara za kradzieże. W domu bez przerwy go głodzono; chłopak był bez ustanku bity i kopany. Matka przestała nazywać go po imieniu, określając go mianem „chłopaka”. Dave stał się jej niewolnikiem. Był zamknięty w piwnicy do czasu, aż pozostali domownicy zjedli kolację i należało po nich posprzątać. Ojciec zaczął interweniować w sprawie syna, tłumacząc matce, że powinna dawać mu coś do jedzenia, jednak zdało się to na nic. Jedyne, do czego doprowadzał, to ciągle kłótnie. Matka w odpowiedzi zawsze powtarzała synowi, że to on jest odpowiedzialny za problemy jej i ojca.

W drugiej klasie chłopcem zaczęła się interesować nauczycielka, panna Moss. Wypytywała go o sytuację w domu, ale chłopiec zawsze wykręcał się od odpowiedzi – tak jak uczyła go matka. Nauczycielka, widząc, że

coś jest nie tak, podzieliła się swoimi wątpliwościami z dyrektorem. Po wezwaniu matki do szkoły i oskarżeniu jej o znęcanie się nad dzieckiem kobieta zaczęła być jeszcze bardziej wściekła na syna. Latem, gdy pojechali na Russian River, kazała mu zjeść pieluchę z ekskrementami młodszego brata:

Staralem się skoncentrować na jednym z górnych rogów pieluchy. Sekundy wlokły się w nieskończoność. Matka najwidoczniej mnie przejrzała. Wepchnęła mi twarz w pieluchę i przesunęła mną tam i z powrotem (DP, 33).

W trakcie rodzinnej wycieczki Dave nie mógł się bawić z braćmi, a matka wymyślała jak go ukarać. We wrześniu wrócił do szkoły w zeszłorocznym ubraniu i zarzewiała zieloną menażką. Matka kazała mu biegać do szkoły, bo wiedziała, że spiesząc się nie zdąży nic ukraść. Chłopiec walczył codziennie o zdobycie czegoś do jedzenia. Matka często go na tym przyłapywała albo sama zastawiała pułapki, przez co Dave miał przez tydzień problemy z biegunką, bo zjadł porzucone stare mięso z kosza. Po jakimś czasie wpadł na pomysł kradzieży mrożonej potrawy ze stołówki, ale matka się zorientowała i kazała mu zwymiotować jedzenie. Po narażeniu z ojcem kazała mu zjeść zawartość miski, w której znajdowały się wymiociny:

Gdy skończyłem przetworzony posiłek, pojawiła się Matka w szlafroku i rzuciła mi stos gazet. Powiadomiła mnie, że odtąd będą mi służyć za koc, a łóżko znajdę sobie pod stołem (DP, 38).

Kolejne tortury wymyślone przez matkę to np. amoniak do picia. Gdy Dave dławił się i krztusił, matka uderzała go w plecy, jakby był psem. Jeszcze większą frajdę przynosiło jej wlewanie w syna płynu do naczyń. Na okropne konsekwencje Dave nie musiał długo czekać – po raz kolejny dostał biegunki. Stał w bezruchu i czuł, jak wodnista masa przesiąka jego majtki, spodnie i spływa na podłogę. Kolejnego dnia, wykonując obowiązki zauważył, że matka trzyma nóż w ręce i wymachuje nim, kiwając się do przodu i do tyłu. Skupił uwagę na twarzy matki, ale kątem oka zauważył, że coś jej wypada z ręki i nagle poczuł rozdzierający ból powyżej żołądka – został ugodzony nożem. Matka nie zawiozła go do szpitala, postanowiła, że sama „zadba” o ranę. Nie miała żadnych wyrzutów sumienia. Dave spał w garażu na starej wojskowej pryczy, na której usiłował

zapomnieć o bólu, jaki ogarniał jego całe ciało. Miał gorączkę przez 3 dni od wypadku i sam zaczął zajmować się swoją raną. Po incydencie z nożem ojciec coraz rzadziej bywał w domu, spędzając czas w pracy. Po jednej z dłuższej nieobecności ojca w domu matka głodziła Dave przez dziesięć dni. Sama dbała o wyrzucanie resztek z kosza, a zamrażarkę zamykała na klucz. Kolejną grę, jaką przygotowała dla syna, było sprzątanie łazienki, w której pozostawiła kubel z mieszaniną amoniaku i Cloroxu. Pod koniec lata, gdy Dave odrobił „domową pańszczyznę”, matka nakazała mu iść kosić trawniki u innych ludzi. Gdy od pewnej kobiety dostał obiad, matka przyłapała go na gorącym uczynku. Kazała mu wejść do łazienki i zanurzyć się w lodowatej wodzie. Złapała go za kark i wepchnęła głowę pod wodę, trzymając tak długo, aż zaczął słabnąć.

Na Boże Narodzenie Dave otrzymał od rodziców parę wrotek. Okazało się jednak, że był to jedynie pozorny powód do radości:

Matka użyła wrotek, by zadać mi kolejne tortury i pozbyć się mnie z domu. W weekendy kazała mi jeździć na wrotkach po ulicach, gdy wszystkie dzieci siedziały z powodu zimna w domach. Jeździłem po okolicy nawet bez kurtki [...]. Matka zmuszała mnie do wielogodzinnej jazdy na wrotkach. Do domu wołała mnie tylko wtedy, gdy czekała na mnie jakaś praca (DP, 59).

W marcu podczas ferii wielkanocnych matka pojechała rodzic do szpitala. W tym czasie ojciec pozwalał się chłopcu bawić z braćmi.

Jedyną osobą, z jaką matka utrzymywała kontakt, była sąsiadka Shirley. Gdy jednak kobieta zaczęła się interesować losami chłopca, znajomość się skończyła. Pod koniec lata matka postanowiła, że zacznie lepiej traktować chłopca. Pozwoliła mu się wykąpać, założyć nowe ciuchy, bawić z braćmi czy zjeść przy wspólnym stole. Trwało to jednak tylko dwa dni. Sytuację popsuło przybycie kobiety z domu opieki społecznej. W ciągu kolejnych dni chłopak spędził na kolejnych, coraz to nowych katogach, które serwowała mu matka. Ojciec z kolei coraz częściej nie wracał do domu, a pewnego dnia oznajmił, że się wyprowadza, bo nie może znieść zachowania Catherine. Dave nie miał już nadziei na poprawę swojego losu; wiedział, że będzie już tylko gorzej.

Tabela 38. Przemoc fizyczna i psychiczna wobec dziecka z książki: D.J. Pelzer, *Dziecko zwane „niczym”, czyli dziecięca wola przetrwania*

Formy przemocy	Przykłady w książce
Przemoc fizyczna	Bicie, kopanie, przypalanie, wykręcanie kończyn, nakaz przyjmowania niewygodnej pozycji i trwania w niej przez długi czas, wymuszanie spożywania odchodów młodszego brata czy własnych wymiocin, ekspozycja na zimno, moczenie w zimnej wodzie – to codzienność Dave'a.
Zaniedbanie	Bohater chodził w brudnych (cuchnących) ubraniach, ubiór nieadekwatny do pory roku, permanentne głodzenie dziecka, brak warunków do codziennej egzystencji, brak zainteresowania nauką dziecka.
Przemoc psychiczna (emocjonalna)	Wyzwiska, izolowanie od rodziców i rodzeństwa (nakaz spędzania czasu w garażu, samotnie), ustawiczne odtrącanie, brak zainteresowania, obarczanie winą za wszystkie negatywne zdarzenia, mające miejsce w domu.
Przemoc seksualna	
Podawanie dziecku substancji psychoaktywnych, dla niego nieprzeznaczonych.	Przetrzymywanie w zamkniętym pomieszczeniu z jednoczesną ekspozycją na opary chloru.
Ekspozycja na przemoc domową (bycie świadkiem przemocy)	Awantury, krzyki, przemoc wobec męża – świadkami tych zająć były wszystkie dzieci, w tym Dave.

Źródło: Badania własne.

Porwanie, przetrzymywanie i przemoc seksualna – książka: Emma Donoghue, *Pokój* (2010)

Drugą powieścią, w której głównym motywem i tematem jest przemoc, będzie książka pt. *Pokój* autorstwa Emmy Donoghue, opublikowana w 2010 roku⁴⁴. Problemem zasadniczym, wokół którego kręci się powieść, jest przemoc głównie natury seksualnej. Tytuł *Pokój* jest w tym wypadku bardzo przewrotny, albowiem mieści się w nim szereg takich motywów,

44 E. Donoghue, *Pokój*, przeł. E. Borówka, Katowice 2011, s. 81. Skróót: ED, numer strony.

jak porwanie, gwałt oraz więzienie czy przetrzymywanie. Głównym bohaterem książki jest pięcioletni chłopiec uwięziony w małym pokoju ze swoją matką. Jest on jednocześnie narratorem całej opowieści. Donoghue zainspirowała się słynną sprawą Josefa Fritzla, który przez blisko 24 lata więził w piwnicy swoją córkę, którą regularnie gwałcił. W powieści w podobnych okolicznościach więzieni są matka i jej syn. Narrator-chłopiec zdaje sobie z tego sprawę:

Na zewnątrz jest wszystko. Ale mnie tam nie ma, mnie ani mamy, tylko nas tam nie ma. Czy my jeszcze jesteśmy naprawdę? (ED, 81).

Jego matka miała dziewiętnaście lat, kiedy została porwana z terenu uniwersytetu i zamknięta w komórce w ogrodzie. Opowiada o tym synowi w jednej z rozmów:

– Studiowałam wtedy. Był wczesny ranek, szłam przez parking do biblioteki uniwersyteckiej i słuchałam... takiego małego urządzenia, które przechowuje tysiące piosenek i odtwarza je prosto do ucha. Żaden z moich znajomych jeszcze go nie miał. [...]

– W każdym razie... podbiegł do mnie jakiś człowiek, jego pies miał atak i on się bał, że zdechnie.

– Jak się nazywał?

– Człowiek?

Kręcę głową.

– Pies.

– Pies to był tylko pretekst, żeby mnie zwabić do jego samochodu, samochodu Starego Nicka. [...]

– Zawiązał mi oczy...

– Jak w ciuciubabce?

– Tak, ale nie dla zabawy. Jechał i jechał, a ja się okropnie bałam [...]

– Posłuchaj. – Mama zakrywa mi usta dłonią. – Wmusił we mnie jakieś trefne leki i mnie uśpił. Ocknęłam się już tutaj. [...]

– Kiedy pierwszy raz otworzył drzwi, zaczęłam wzywać pomocy, a on mnie uderzył tak, że upadłam. Już nigdy więcej tego nie próbowałam. [...]

– Na początku bałam się spać, bo w każdej chwili mógł wrócić, ale potem sen stał się jedyną ucieczką przed płaczem, więc spałam jakieś szesnaście godzin dziennie.

– Myślałam, że zwariuję, ciągle patrzyłam na zegarek i liczyłam sekundy. Prześladowały mnie przedmioty; gdy na nie patrzyłam, wydawało mi się, że się powiększają albo pomniejszają, a gdy odwracałam wzrok, zaczynały się przesuwać. Kiedy przyniósł w końcu telewizor, w ogóle go nie wylączałam, durne programy, reklamy jedzenia, które jeszcze pamiętałam, tak bardzo miałam na nie ochotę, że prawie mnie usta bolały. Czasem mi się zdawało, że głosy z telewizji chcą mi coś przekazać (ED, 124–125).

Mama Jacka, uwięziona w „pokoju”, pozbawiona dopływu jakichkolwiek bodźców, żyjąca w ciągłym napięciu, z resztkami nadziei na odnalezienie przez kogoś lub ucieczkę, popada z wolna w stan depresji i otępienia. Stary Nick, porywacz, dworuje sobie ze wszelkich prób ucieczki czy obezwładnienia go. Stosuje też system kar za nie-subordynację, jak np. odcięcie prądu czy czasowe zawieszenie dostaw pożywienia:

Powiedział mi, że jeśli jeszcze raz wytnę taki numer (atak nożem), pójdzie sobie, a ja zrobię się głodniejsza i głodniejsza, aż umrę (ED, 129).

Nick uczy ją pokory, także w kwestii współżycia seksualnego. Dziewczyna jest coraz grzeczniejsza i coraz bardziej uległa. Przeprasza za wszystko, nawet za to, czemu nie jest winna. Nadzieja na powrót do normalnego życia powoli w kobiecie wygasa. Tytułowy pokój to buda zbudowana z prostych kawałków blachy z winylem o rozmiarach dwanaście na dwanaście metrów. W celu wygłuszenia wyłożony jest pianką izolacyjną, ma też wmontowane dźwiękoszczelne okno dachowe i drzwi na zamek szyfrowy. W takiej formie stał się „domem” kobiety na długie lata – jej „pokojem”, w którym powiła dwoje dzieci pochodzących z gwałtu, w tym jedno martwe. W tym miejscu wychowywała synka w całkowitej nieświadomości istnienia innego świata i życia niż to prowadzone pod dyktando Starego Nicka.

W tym pokoju Jack budzi się i zasypia w obecności Mamy, tu się „częstuje” (ssie pierś), bawi i uczy. „Nazewnątrz” istnieje zaś dla niego wyłącznie w telewizorze, paradoksalnie będącym jedyną ostoją normalności w ich tragicznym położeniu. W Pokoju, a właściwie w Szafie, Jack jest ukrywany przez Mamę przed Nim, przed oprawcą, który niemal co noc upomina się o swoje prawa samca i właściciela zwierząt, do jakiej roli zdegradował swoje ofiary.

Chłopiec nigdy nie poznał, jak smakują lody, jak pachną kwiaty, nie poczuł też promieni słońca na twarzy, a jedyny kontakt z Nazewnątrz stanowią niezbędne produkty przynoszone przez Starego Nicka w ramach Niedzielnej Rozpusty. Dla Jacka Pokój jest całym światem, a Mama jedyną osobą, którą zna, kocha i której potrzebuje. Mama wymyśla ciekawe zabawy, improwizuje, czyta po wielokroć książki przyniesione przez Starego Nicka do pomieszczenia. A jeśli książek nie ma, to wymyśla

historie, które rozpalają wyobraźnię malca, pozwalając mu w miarę normalnie rosnąć mimo odosobnienia. Dla niej pokój to jednak więzienie – robi wszystko, by się z niego wydostać. I mimo trudnych warunków wychowała syna na mądrego i ciekawego wszystkiego małego mężczyznę. Robiła to też w określonym celu, by mały stał się tym, który ich stamtąd uwolni. W pewnym momencie nadszedł czas, by pokazać chłopakowi, że pokój jest zaledwie punktem we wszechświecie. Jack będzie kluczem do Nazewnątrz.

Tej historii nie można czytać nieuważnie, w pośpiechu, rozpraszać uwagę. Skupienie jest konieczne nie tylko z powodu licznych neologizmów (np. „łyżka-roztopka”, „jesteśmy naprawdziwi”, „łóżkościanka”, „jajowąż”, „gigromnie”, „przestradzielnny” itp.) czy niemal zupełnego braku obowiązujących reguł gramatycznych w mowie Jacka. Sam świat przedstawiony przez Emmę Donoghue jest tak nierealny, a jednocześnie tak boleśnie prawdziwy i okrutny, że trzeba pokonać swoje ograniczenia i lęk przed prawdą o naturze ludzi, by w pełni docenić lekturę.

Pokój jest tym samym powieścią jedyną w swoim rodzaju, przepelnioną ogromem macierzyńskiej miłości, ale i szarą rzeczywistością:

– Wychowywanie dziecka w pojedynkę, bez poradników, specjalistów, czy nawet krewnych, musiało być bardzo trudne.

Mama wzrusza ramionami.

– Wydaje mi się, że małym dzieciom najczęściej wystarcza do szczęścia bliskość matki (ED, 296).

To powieść wielopłaszczyznowa, w której nie brak celnych uwag odnoszących się do stanu świadomości społeczeństwa, obowiązujących norm i zasad oraz złożoności świata. Fakt, że tych cennych obserwacji dokonuje pięcioletni, wyizolowany z otoczenia chłopiec, jest tym bardziej wstrząsający. „Widzę, że osoby na świecie są prawie zawsze zdenerwowane i nie mają czasu” (ED, 360) – mówi Jack, zauważając największe bolączki naszych czasów, dodając także:

[...] jak patrzę na dzieci, to myślę, że dorośli ich nie lubią, nawet rodzice. Mówią że dzieci są śliczne i takie słodkie, każą dzieciom coś zrobić jeszcze raz, żeby mogli to sfotografować, ale nie chcą się z nimi tak naprawdę bawić. [...] Czasem jakieś małe dziecko płacze, a ta dołączona do niego mama nawet nie słyszy (ED, 361).

Lata spędzone w całkowitej izolacji pozostawiają piętno i na mamie, i na Jacku. Kobieta, więziona przez 7 lat, nie potrafi odnaleźć się w rzeczywistości, którą zastaje po uwolnieniu, i popada w depresję. Jack także nie zachłysnął się światem Nazewnątrz i paradoksalnie marzy o powrocie do „pokoju”:

– Pomyśl sobie o czymś, czego chcesz najbardziej na świecie – mówi Deana.
Najbardziej chciałbym być w Pokoju, ale on chyba nie jest w świecie (ED, 313).

Mimo wszystko dla chłopca jest jeszcze nadzieja, o czym przekonuje lekarz, który zajmował się obojgiem po uwolnieniu:

– [jest] ...na tyle mały, że prawdopodobnie zapomni – mówi [doktor].
– I dzięki bogu (ED, 265).

Porzucenie, przemoc ojcowska, życie na ulicy – książka: Tim Guenard, *Silniejszy od nienawiści* (2003)

Przemoc ma różne wymiary i gradacje. Stosowana wobec bezbronnego budzi opór, bunt, wyzwala chęć zemsty, rodząc nienawiść do oprawcy. Jak sobie z nią poradzić? Czy można nadstawić drugi policzek? Tim Guenard w opowieści *Silniejszy od nienawiści* próbuje udowodnić, że jest to możliwe⁴⁵.

Trzecia książka poświęcona zjawisku przemocy, której przyjrzymy się w tym rozdziale, to wstrząsająca autobiografia człowieka, który o własnych siłach potrafił wyzwolić się z zakłętego kręgu nienawiści i przemocy. W wieku trzech lat został porzucony przez matkę, w dzieciństwie był katowany przez ojca, w końcu trafił do domu poprawczego, a następnie – mając kilkanaście lat – na ulicę.

Tim miał tylko trzy lata, gdy został przywiązany przez swoją dziesięcioletnią matkę do przydrożnego słupa na mało uczęszczanej drodze. Został porzucony. Najdalsze wspomnienie, jakie posiada, to białe botki oddalające się od niego:

Wsiada do samochodu zaparkowanego na poboczu. Odjeżdża. Znika. Widzę tylko mgłę.
Wyciągam ręce. Jestem sam. Noc zapada nad lasem, potwory wychodzą z cienia (TG, 13).

45 T. Guenard, *Silniejszy od nienawiści*, przeł. J. i K. Błoński, Kraków 2003. Skrót: TG, numer strony.

Policjanci znaleźli zziębnięte i przerażone dziecko dopiero nazajutrz i odwieźli go do domu. Chłopiec trafił pod opiekę swojego ojca-alkoholika, który nie chciał się nim zajmować. Miał konkubinę i jej pięcioro dzieci pod opieką, przez co Tim był dla niego dodatkowym ciężarem; nienawidził go i znęcał się nad nim:

W jego oczach przemykają błyskawice; dzikie zwierzę ryczy i rzuca się. Zbieram cięgi, zagryzając wargi, by nie wrzeszczeć, gdy gwałtownie rusza „ekspres Paryż – Brest” – bo tak mój ojciec nazywa lanie. Bach! Bach! Bach! Podczas tej burzy fałszywa matka uśmiecha się. Rozkoszuje się. Zawadam na jej podwórku. Jestem tylko małym kulawym kaczątkiem. Jest dobra dla swoich dzieci, a ja jestem pomiotem (TG, 17).

Chłopak był wielokrotnie bity i zamykany na całe dni w psiej budzie, w której marzy o wolności:

Ojciec strasznie dużo pije, od kiedy matka go opuściła. Coraz więcej. Kiedy znajdę się w polu widzenia, jego oczy przestają być trupio nieruchome. Zapala się lont. Podnosi swoje olbrzymie cielsko, sapiąc jak drwal, i rzuca się na mnie coraz gwałtowniej. Nawet nie szuka alibi. Muszę się ukrywać, by nie doprowadzać do wybuchu (TG, 18).

Uwolnić od ojca udaje mu się dopiero, gdy bliski śmierci trafia do szpitala. Pewnego dnia Tim został pobity przez ojca w tak bestialski sposób, że spędził wiele czasu w szpitalu i musiał od nowa nauczyć się chodzić:

Po dwóch latach szpitala zaczynam poruszać górną częścią ciała. Moje leki zmniejszają się, uspokajają koszmary, nocne strachy zdarzają się coraz rzadziej (TG, 24).

Aby podziwiać go w milczeniu [papier, w który zapakowany był prezent] codziennie wstaję z łóżka, czolgam się do poręczy na korytarzu, wstaję i posuwam się krok za krokiem. Chwila przerwy w ubikacji to dla mnie nagroda. Siedzę zdyszany na tronie i po kryjomu podziwiam mój skarb (TG, 25).

Przez dwa i pół roku pobytu w szpitalu nikt mnie nie odwiedził, nie mam żadnej wiadomości od rodziny. Jestem sam na świecie. Nie wiem, czy mój ojciec żyje. Wole nie wiedzieć (TG, 25).

Rzucany przez okrutny los od szpitala psychiatrycznego, domu opieki społecznej do domów zastępczych, kończy w poprawczaku. Kumuluje w sobie nienawiść do świata, a w szczególności do swojego ojca. Marzy

o tym, aby go zabić. W wieku 11 lat ucieka z ośrodka i rozpoczyna życie na własną rękę:

Przeżyłem tylko dzięki trzem marzeniom: że mnie wyrzucą z poprawczaka, gdzie mnie umieszczono – wyczyn, który do tej pory nikomu nie udało się osiągnąć; że zostanę szefem bandy; że zabiję ojca.

Marzenia zrealizowałem. Trzeciego nie. A mało brakowało...

Cale lata żyłem dzięki pragnieniu zemsty (TG, 9).

Zgwałcony i wielokrotnie oszukany, uparcie szuka kogoś, kto okaże mu miłość. Po pasmach nieszczęść Tim został praktykantem na budowie. Praca spodobała mu się. Zmęźniał, zaprzyjaźnił się z nowymi kolegami. Zaczął też trenować boks i szybko odnosić zwycięstwa w krajowych i międzynarodowych zawodach. Walczył z ogromną zaciekłością. Wreszcie miał okazję wylądować swoją gromadzoną od lat nienawiść. Poczuł, że zaczyna być silniejszy od niej. Nie zrażał się kolejnymi złamaniami nosa. W sumie naliczył ich 27, z czego cztery zawdzięczał jeszcze ojcu. Był okłaskiwany i zarabiał mnóstwo pieniędzy. Poczuł się wreszcie „kimś”. Choć świat rzuca mu kłody pod nogi, nie poddaje się. Rozpoczyna desperacką próbę przemiany. Nie może uciec od swojej historii, która jest jego częścią. Na swojej drodze spotyka osoby, które uczą go, jak zaakceptować swoją przeszłość i z nią się pogodzić. Pełen obaw i wątpliwości wkracza w zupełnie obcy mu świat. Niespodziewanie poznaje chłopaka imieniem Jean-Marie; to on zaczyna mówić mu o Bogu, o jego miłości, o jakiejś Dobrej Nowinie i innych dziwnych dla Tima sprawach. Pewnego dnia Jean-Marie zaprosił Tima, aby go odwiedził. Chłopak mieszkał we wspólnocie „Arki”. Tom zaczął chodzić tam z nim i pomagać, nosił dzieci, mył, opiekował się nimi. Jeden niepełnosprawny chłopiec z wielkim wysiłkiem podarował mu prezent urodzinowy – napisane podziękowanie, które kosztowało chłopca wiele wysiłku. Ten gest skruszył serce Tima.

Czy wiara okaże się kluczem do rozwiązania jego problemów? Czy rodzące się w nim prawdziwe uczucie dobra będzie tym, czego pragnie najbardziej? Dzięki własnemu uporowi i z pomocą przyjaciół z Arki Jana Vaniera zdobywa siłę. Przebacza swojemu ojcu, staje się silniejszy od nienawiści.

Tom nawrócił się, przyjął chrzest i postanowił zmienić swoje życie. Nawiązał relację z Bogiem, który pokonał w nim nienawiść. Mężczyzna

postanowił dać życiu zupełnie inną odpowiedź niż dostał. Przebaczył ojcu, a nawet matce.

Lektura zabiera nas w podróż, w której dane nam jest razem z Timem kształtować system wartości, zwłaszcza w dzisiejszym świecie, cywilizacji śmierci, o której pisał Jan Paweł II. Autor daje nam cenne rady i wskazówki, które każdy może odnieść do siebie: „Dobrze się zastanów, zanim powiesz komuś kocham. To nie są słowa, które można wypowiedzieć”; „Dobroci nigdy się nie zapomina, bo zapisuje się w skrytości serca”; „Będę patrzył na innych w taki sposób, jakbym chciał, aby patrzono na mnie. Z miłością, cierpliwością, litością, a nie oczami wojownika, który chce przeżyć, a nie wzrokiem ostrym jak brzytwa. Nauczę się dawać z serca”; „Czego ja dzisiaj potrzebuję? Odrobiny przyjaźni... Dobrze wiem, że miłości nie sprzedają w hipermarketach” – tymi prostymi zdaniami zaledwie 13-letni chłopiec trafia w środek naszego serca.

Wykorzystanie seksualne dziecka – książka: Heidi Hassenmüller, *Dobranoc, słonko* (2004)

Zdobyć zaufanie małego dziecka po to tylko, by podstępnie je wykorzystać, to podłość, nikczemność – to zbrodnia. Tego właśnie dopuścił się ojczym Gabi, jeden z bohaterów książki pt. *Dobranoc, słonko*, autorstwa Heidi Hassenmüller, opublikowanej w 2004 roku⁴⁶.

Akcja powieści rozgrywa się w latach 50. XX wieku w powojennych realiach Niemiec. 8-letnia dziewczynka o imieniu Gabi mieszka ze swoim bratem i matką. Matka, czyli pani Mangold, jest załamana po śmierci Ferdiego, ojca jej dzieci i partnera, który zginął podczas działań wojennych:

Gabi przypomniała sobie dzień, w którym nadszedł telegram. Od tamtej pory upłynęło już sporo czasu, ale krzyk mamy nadal przeraźliwie brzmiał w jej uszach. Jeszcze nigdy nie słyszała, żeby mamusia krzyczała tak głośno, nawet wówczas, kiedy w środku nocy musieli skakać z okna, ponieważ bomba wpadła do piwnicy i wszystko natychmiast stanęło w płomieniach (HHb, 7).

Po pewnym czasie od zakończenia wojny rodzinę odwiedza niejaki Anton Malsh, który przedstawia się jako przyjaciel zmarłego męża.

⁴⁶ H. Hassenmüller, *Dobranoc słonko*, przeł. M.J. Dykier, Wrocław 2004. Skróót: HHb, numer strony.

Twierdzi, że obiecał koledze zaopiekowanie się kobietą i jej potomstwem, w razie gdyby ten zginął. Samotna, z początku nieufna kobieta, z czasem wyraża zgodę na to, by nieznajomy zamieszkał razem z nią i dziećmi. Jakie motywy nią kierowały? Na pewno samotność, ale przede wszystkim bardzo trudne, powojenne czasy, konieczność codziennego zmagania się z rzeczywistością, by utrzymać siebie, a przede wszystkim dzieci. W mężczyźnie widzi nadzieję na poprawę swojego trudnego losu. Jej syn, Achim, od początku nie polubił mężczyzny, ponieważ ten zawsze z niego szydził i wykorzystywał go do ciężkich prac:

Achim nie lubił wujka Antona, a ten nie przepadał za Achimem. Oczywiście żaden z nich nie powiedział tego głośno, ale wujek bez ustanku szydził z chłopca (HHb, 9).

Natomiast dla Gabi wujek był szczególnie miły. Odnosił się względem niej szczególnie uprzejmie, nazywając ją za pomocą różnychieszczotliwych określeń: „Mój słodki aniołku – szeptał. – Jesteś absolutnie wyjątkowa – mówił, całując ją” (HHb, 10).

W ten sposób zaczęły się niewinne z pozoru pieszczoty. Mężczyzna potrafił manipulować dzieckiem bez specjalnych kłopotów. Zdobyczał zaufanie dziewczynki, chętnie opowiadając jej bajki, mające czytelny podtekst, którego Gabi, jako małe dziecko, nie rozumiała:

Mężczyzna lypnął z góry okiem na Gabi.

– Dobrze się tu leży, nie?

– Opowiesz mi bajkę? – poprosiła błagalnym tonem.

– Bajkę, tak, poczekaj no – zamyślił się na chwilę. – Pewnego razu była sobie mała dziewczynka, milutka i słodziutka, takie prawdziwe słonko.

Gabi zachichotała. To będzie na pewno śmieszna opowiadka. Bo przecież ona jest słonkiem.

– Słonko miało delikatną buzię, długą, smukłą, łabędzią szyję, a poniżej małeńkie piersi jak dwa groszki.

Nie mogła wręcz powstrzymać się od śmiechu, ależ zabawna historyjka!

– Psst – nakazał jej milczenie, kładąc palec na ustach. – Mamusia nie powinna niczego usłyszeć, bo będzie zła.

Dziewczynka skinęła głową i wtuliła się w niego.

– I to małe słonko miało mały, chudy brzuszek (HHb, 16).

Dopiero gdy przekroczył granicę, dziewczynka zaczęła buntować się przeciwko jego bliskości:

Tatko pogłaskał ją po brzuchu. Poczula laskotanie i mało brakowało, a znowu wybuchłaby śmiechem, ale szybko go pohamowała.

– A cóż tam jeszcze ma nasze słonko?

Dłoń tatki wsunęła się do majtek i zaczęła gładzić w „tym miejscu”. Prerażone dziecko zwarło uda.

– Tak nie wolno – zaprotestowała.

Ale nie słuchał, jego palce sprawiały dotkliwy ból, wciskając się między jej nogi.

– W bajce wszystko wolno – stwierdził i pogłaskał ją. – Nie podoba ci się?

Gabi mocno zmrużyła powieki.

– Nie – odparła. – Przestań, to głupia bajka.

– Ale ja nie chcę przestać – powiedział cicho, a jego głos brzmiał tak samo, jak wtedy, kiedy sprzął Achima na kwaśne jabłko.

Jak błyskawica bez grzmotu. Coraz głębiej drążył w jej ciele.

– Mnie się podoba – westchnął, ciężko oddychając.

Po chwili przestał, wyciągnął rękę z jej majtek i dał Gabi małego klapsa w pupę.

– Żebyś nie wyaplala tego mamie. Bo będzie na ciebie bardzo zła, a ja przestanę cię lubić. To teraz nasza tajemnica (HHb, 16).

Od tej pory Gabi była regularnie wykorzystywana seksualnie przez ojczyma. Anton jest zakochany w małej dziewczynce, która nie rozumie, jaką krzywdę jej wyrządza. Pasierbica nie skarży się mamie, nie mówi o swoim bólu i cierpieniu nikomu, bo przecież otrzymała wyraźny zakaz; boi się, że nie tylko straci względy ojczyma (słodczyce, ubrania, łagodne traktowanie na co dzień), ale także sprowadzi na siebie złość mamy. Anton wykorzystuje również przyjaciółkę małej Gabi:

Nie! Nie! – pomyślała Gabi i poczuła lodowaty chłód pełznący od stóp do samego brzucha. – Coś ty jej zrobił! Zrobił coś Elli! Panie Boże, nie pozwól, żeby to była prawda! [...]

– Nigdy więcej nie chcę z tobą rozmawiać, Gabi Mangold. Ale opowiem o wszystkim mamie (HHb, 24–25).

Dramat trwa kilka lat. W tym czasie dziewczynka traci koleżankę, a także chłopaka, w którym się zakochała. Achim i Anton natomiast ciągle się kłócą; Achim nie chce wykonywać jego poleceń, jest dorastającym nastolatkiem, czuje, że może sprzeciwić się ojczymowi. Gdy znajduje sobie dziewczynę i dowiaduje się o tym, że jego ojczym wykorzystał ją seksualnie, postanawia zostać stewardem na statku handlowym; chce wyjechać.

Matka nie widzi, co dzieje się dookoła niej dzieje i z kim się związała. Dzieci mają do niej żal. W końcu zachodzi w ciążę. Gabi modli się, aby dziecko nie było dziewczynką, ponieważ nie chce, aby przechodziło przez

takie piekło, jak ona. Dlatego też ostatecznie ucieszyła się, gdy okazało się, że będzie miała drugiego brata, Marka. Radość nie trwa jednak długo. Pewnego wieczoru matka wyszła z domu, zostawiając Gabi z młodszym bratem. Ojczym znowu usiłuje wykorzystać dziewczynkę, ale ta ucieka i nocuje w pensjonacie. Niestety finalnie i tak trafia w ręce ojczyma-kata, który za karę ją gwałci. Później, już jako dorosła dziewczyna, zgadza się na propozycję ojczyma, by dobrowolnie oddawać mu się dwa razy w tygodniu. Był to wyraz desperacji. Nie chciała być wykorzystywana bez przerwy, więc godzi się na tego rodzaju „kompromis”:

– Nie! – zaprotestowała. – Proszę, nie. Wszystko mnie boli i krwawię. Od następnego tygodnia. Będziesz mógł wyznaczyć dzień.

Powoli wyciągnął rękę. Jego wodniste, niebieskie oczy pałały dziką żądzą.

– Dwa dni.

Gabi skinęła głową.

– Dobrze, ale dwa i ani razu więcej! (HHb, 65).

Umowa działa do momentu, w którym Anton dowiaduje się, że Gabi poznała starszego od siebie 22-letniego Horsta, w którym się zakochała. Po wieczornym spotkaniu z chłopakiem ojczym bije ją do nieprzytomności:

Pięść trafiła ją w sam środek twarzy, nieoczekiwanie i z całej siły. Poczula przejmujący ból, zatoczyła się i wpadła na ścianę klatki schodowej. Zielona farba z ukosa zjechała jej pod nos, a potem zmieniła kolor na czarny. Mocno złapał ją za rękę i zaciągnął do mieszkania. Bił, gdzie popadło. Kiedy próbowała osłonić twarz, grzbietem dłoni dzielił ją w ucho. Srebrny sygnet, który nosił na palcu, jak skalpel przeciął skórę. Uderzył dziewczynę w tył głowy, gdy jęcząc z bólu, objęła ją rękoma, próbując się skulić. Potem zaczął kopać w brzuch i podbrzusze.

Gdzieś z oddali usłyszała jego głos.

– Już ja ci dam, ty lafiryndo! Okłamywać swojego tatkę! Z kim się puszczałaś? Ty dziwko! Ty gadzino! Komu dałaś dupy?

Posypał się na nią grad ciosów, rzeczywistość zaczęła powoli zanikać. Pozostał tylko ból. W pewnej chwili poczula, że tatko wszedł w nią. Krople jego potu piekły na poobijanej twarzy.

– Było dobrze? – wystękał Gabi do ucha. – Dobrze ci z nim było? (HHb, 75).

Dotkliwie pobita musi spędzić w domu dwa tygodnie. Spotyka się ze swym ukochanym i ma nadzieję, że wszystko się ułoży, lecz chłopak zrywa z nią po tym, jak jej ojczym naopowiadał mu o niej kłamstw. Gabi postanawia popełnić samobójstwo i skacze pod pociąg. Udało się

jej uniknąć śmierci, a przejeżdżający obok pociąg zostawia na jej ciele zaledwie kilka otarć. Ten incydent wzmacnia Gabi, traktuje to jak znak, aby się nie poddawać. Postanowiła przeciwstawić się ojczymowi i nie pozwala się wykorzystywać; pewnego razu grozi mu nawet, trzymając nóż w ręce.

Rozpoczyna pracę, w której poznaje niejakiego Norberta. Stara się o otrzymanie pisma z urzędu zaświadczonego o pełnoletniości, co pomogłyby jej w ucieczce z domu, by wreszcie uwolnić się od męczącego ją kata. Gabi urządza prowokację przeciwko ojcu i zostawia na chwilę swoją uczennicę samą w domu z ojczymem. Zasadzka się jednak nie udaje, Gabi musi ratować dziewczynkę przed nieuniknionym. Później zostaje po raz kolejny dotkliwie pobita. Ale koniec końców tym razem, dzięki wstawiennictwu lekarza i zeznaniom ojca swojej uczennicy, odzyskuje wolność. Niestety matka nigdy nie stanęła po stronie swoich dzieci:

Mama rzuciła krótkie spojrzenie na męża, po czym podpisała dokument.

– Nigdy nie wybaczę, że mi to zrobiła.

Doktor Rehbein odebrał od niej wniosek, chuchnął na podpis, aby wysuszyć atrament, po czym złożył arkusz papieru.

– Tak – stwierdził. – Wierzę pani. Ale w chwilach zwątpienia nie liczy się, co dobre, a co złe. Liczy się tylko to, co pozwala nam dalej żyć (HHb, 112).

Wszystkie przypadki przemocy seksualnej, które przedstawiono w książce, zostały zestawione w tabeli 39.

Tabela 39. Przemoc seksualna z książki: H. Hassenmüller, *Dobranoc, słonko*

Objawy	Przykłady z książki
Wykorzystywanie seksualne	Gabi była regularnie wykorzystywana seksualnie przez ojczyma; do kontaktów dochodziło kilka razy w tygodniu – z czasem wymogła na oprawcy zgodę na dwa zbliżenia tygodniowo.
Pedofilia	Ojczym Gabi zaczął ją gwałcić, gdy była jeszcze dzieckiem. „Gustował” w małych dzieciach, próbował zgwałcić koleżankę pasierbicy.
Czyny lubieżne	Bardzo wcześnie, tuż po zamieszkaniu w domu Gabi, podczas usypiania dziecka czy czytania/ opowiadania bajki, obmacywał je, wkładał rękę w majtki, kładł rękę dziecka na swoich genitaliach.

Nadużycie stosunku zależności	Mężczyzna przedstawił się jako kolega ojca, który zginął podczas wojny. Naklonił wdowę do ożenku, by następnie jako ojczym molestować Gabi. Matka i dziewczynka, a potem brat Gabi, pozostawali w stosunku zależności od „weterana wojennego”, żywiciela rodziny.
Zgwałcenie małoletniego poniżej 15 roku życia.	Ojczym doprowadzał do współżycia z dzieckiem, mimo jej protestów i jawnej niechęci.

Źródło: Badania własne.

Inny wymiar przemocy: porwanie dziecka – książka: Natascha Kampusch, *3096 dni* (2011)

Nagle przerwanie miłości, przywiązania, codziennej radości bycia z drugim człowiekiem jest ogromną traumą. Najbardziej przeżywają ją ci, którzy tracą bliską osobę – czy to w wyniku śmierci, czy właśnie porwania. Dramat osamotnienia, pustki i wystawionej na lata próby nadziei był doświadczeniem Nataschy Kampusch i jej bliskich. Po latach zaginiona dziewczyna napisała autobiografię pt. *3096 dni*, opublikowaną w 2011 roku, dzięki której możemy spróbować zrozumieć osobę postawioną właśnie w takiej sytuacji⁴⁷.

Porwanie dziecka jest wydarzeniem, na które żaden rodzic nie jest przygotowany. Nie byli na to gotowi także rodzice Nataschy, która została porwana idąc po prostu do szkoły. Stało się to w 1998 roku, kiedy miała 10 lat – została wciągnięta do białej furgonetki i ślad po niej zaginął:

To, że zostałam porwana i że prawdopodobnie umrę, uświadomiłam sobie w momencie, kiedy zamknęły się za mną drzwi samochodu. Przed moimi oczami pojawiły się obrazy z mszy pogrzebowej Jennifer, którą w styczniu zgwałcono i zamordowano w samochodzie, kiedy usiłowała uciekać. Obrazy rodziców pełnych trwogi o molestowaną seksualnie Carlę, którą znaleziono nieprzytomną w stawie, zmarłą tydzień później. Zadawałam sobie wówczas pytanie, jak to właściwie jest z tym umieraniem i co dzieje się później. Czy odczuwa się ból tuż przed faktem? I czy naprawdę widzi się światło? (NK, 47).

W tak banalny sposób rozpoczyna się koszmar dziewczynki. Mężczyzna, który ją porwał, to niejaki Wolfgang Priklopil. Porwanie zostało

47 N. Kampusch, *3096 dni*, przeł. V. Grotowicz, Katowice 2011. Skrót: NK, numer strony.

przez niego zaplanowane w każdym szczególe. Po uprowadzeniu dziewczyny zamknął ją w „urządzonym” uprzednio dla swojej ofiary specjalnym pomieszczeniu pod ziemią, które zaopatrzył w wentylację, toaletę i umywalkę. Natascha została skazana na życie w małym, pięciometrowym pomieszczeniu bez okien, ukrytym pod podłogą garażu. Wejście było bardzo sprytnie ukryte i znajdowało się za drzwiami z betonu. Nawet podczas dokładnej rewizji trudno byłoby odnaleźć to miejsce. Mężczyzna wmaślał dziewczynce, że rodzice jej nie kochają, a on ją uwolnił i powinna mu dziękować. Porywacz manipulował nią i przekonywał, że rodzice nie chcą zapłacić za nią okupu. Słowa te padały na podatny grunt z uwagi na trudną sytuację rodzinną dziecka. W tym samym bowiem czasie rodzice się rozwiedli, ojciec nie mieszkał z Nataschą, a przez własną matkę była bita; na dodatek bardzo często kobieta kłóciła się z dziewczynką. Do sprzeczki doszło też w dniu porwania, kiedy Natascha wyszła do szkoły bez pożegnania:

Podczas pierwszych dni mojego pobytu w piwnicy obchodził się ze mną jak z bardzo małym dzieckiem. Częściowo mi to odpowiadało, jako że wewnętrznie cofnęłam się do poziomu emocjonalnego przedszkolaka. Porywacz przynosił mi do jedzenia wszystko, co chciałam [...]. Już pierwszego dnia zapytał mnie, co chcę zjeść. Zażyłam sobie herbatę owocową i rogalik. I rzeczywiście po jakimś czasie przyszedł z termosem pełnym herbaty z dzikiej róży i rogalikiem z najbardziej znanej piekarni w mieście. [...] Bardziej mnie dziwiło, że człowiek, który odebrał mi przecież wszystko, spełnia każde moje życzenie (NK, 67).

To tylko jedna z twarzy porywacza. Miał też oczywiście drugą, która była groźniejsza. Potrafił grozić, karać, poniżać, a przede wszystkim więził dziewczynkę, przez co odbierał jej wartość najbardziej podstawową – wolność.

Natascha nie mogła znieść samotności i pełnego odizolowania od świata. Właściwie była to najcięższa tortura, jaką musiała przechodzić i której nie mogła znieść. Nawet towarzystwo samego porywacza stało się dla niej bardziej pożądane niż pustka, jaką odczuwała, gdy była sama:

Dopasowałam się do swojej roli i kiedy następnym razem porywacz przyszedł do piwnicy, aby dać mi jedzenie, robiłam wszystko, żeby został. Błagałam go. Staralam się zwrócić jego uwagę, byle tylko się mną zajmował, byle się ze mną bawił. Czas spędzany samotnie w tym pomieszczeniu doprowadzał mnie do szaleństwa (NK, 68).

Koszmar dziewczynki trwał ponad osiem lat. Mężczyzna przez cały ten czas cały czas ją kontrolował. Kazał wykonywać polecenia, a w wypadku nieposłuszeństwa karał ją, np. odcinał prąd, przez co dziewczynka nie miała światła i musiała siedzieć po ciemku. Co prawda, dawał jej jedzenie, ale bywało, że skazywał ją na wielodniowe głodówki. W „celi”, w której była więziona, zamontował głośnik, przez który wydawał polecenia. Jednym z takich rozkazów było, aby zwracała się do niego per „maestro”. Mężczyzna sprawiał dziewczynce prezenty, dając jej np. książki. W pewnym momencie dostała również lalkę (*notabene* w jednym z wywiadów dorosła już kobieta powiedziała, że dalej trzyma te podarunki, mimo że są na nich ślady, które zostawiła policja, gdy zbierała dowody, np. odciski palców). Zdarzało się, że mężczyzna był brutalny wobec swej ofiary, bijąc ją, kopiąc i poniżając. Dziewczynka wspomina, że po pewnym czasie porywacz wypuścił ją z „celu” i zabrał do swojego mieszkania. Była mu tam potrzebna między innymi do sprzątania, podczas których nadal dręczył dziewczynę:

Szybko zaczął mnie maltretować także podczas prac domowych. Siedział w dużym pokoju na swoim skórzanym fotelu i patrzył, jak na kolanach myję podłogę. Komentował przy tym każdy mój ruch pogardliwymi uwagami:

– Jesteś za głupia nawet do sprzątania... Nie potrafisz zmyć zwykłej plamy...

Wpatrywałam się milcząco w podłogę, a w środku wszystko się we mnie gotowało, mimo to pucowałam dalej ze zdwojoną energią. Ale i to nie wystarczyło. Nagle bez ostrzeżenia zaliczyłam kilka kopniaków w bok i kość piszczelową. Aż wszystko się błyszczało (NK, 156).

Porywacz wychodził z nią na spacer do przydomowego ogrodu. Nie opuszczał jej jednak nawet na krok; za każdym razem ostrzegał, by nie robiła nic głupiego, mając na myśli ucieczkę. W książce opisano kilka momentów, które dziewczynka mogłaby wykorzystać w celu ucieczki, ale tego nie zrobiła. Jedną z takich sytuacji może być wyjazd na narty. Natascha miała wtedy okazję, by porozmawiać z nieznaną turystką. Mimo to nie udaje się jej przekazać informacji o tym, kim jest i w jakim znajduje się położeniu:

Wraz z upływem czasu usiłowałam się przyzwyczaić do porywacza. Intuicyjnie dopasowywałam się do niego, tak jak człowiek przystosowuje się do niezrozumiałych obyczajów ludzi w obcym kraju.

Dzisiaj uważam, że fakt, iż byłam wtedy jeszcze dzieckiem, prawdopodobnie mi pomógł. Jako osoba dorosła nie przetrzymałabym zapewne tak ekstremalnej formy do-

minacji ze strony kogoś obcego i tortur psychicznych, jakim byłam poddawana jako więzień (NK, 87).

W ciągu ośmiu lat niewoli bohaterka z dziewczynki przeistacza się w kobietę. Zaczęła dojrzewać, przez co siłą rzeczy dostała też pierwszej miesiączki. Jej oprawca był w takich sytuacjach szczególnie zły. Brzydził się bowiem krwi; bał się, że takich plam nie będzie się dało zmyć i że zostaną ślady. Przez cały ten czas dziewczynka nie odbywała żadnej edukacji, wychowywała się praktycznie sama – nie miała znajomych ani żadnej bliskiej osoby, z którą mogłaby porozmawiać. Żyła w całkowitej izolacji. Historia ta kończy się szczęśliwie, gdyż pewnego dnia po ośmiu latach więzienia dziewczynce udaje się uciec. Wykorzystując moment nieuwagi Priklopila, uwalnia się z więzienia. Jeszcze tego samego dnia mężczyzna, gdy tylko zorientował się o ucieczce Nataszy, popełnił samobójstwo, rzucając się pod pociąg.

Autorka informuje wielokrotnie czytelnika, że dziewczyna miała wiele okazji do ucieczki, ale zdecydowała się na to dopiero po ośmiu latach. Wiele osób zarzuca jej z tego powodu syndrom sztokholmski oraz częściowe ponoszenie winy za swój własny los. Należy jednak przestrzec przed zbyt pochopnymi opiniami. Osobie postronnej może być trudno zrozumieć to, co dzieje się z psychiką dziecka, które w okresie swojego dorastania – zarówno w wymiarze fizycznym, jak i emocjonalnym – jest przez lata więziona, torturowana fizycznie i psychicznie, a jednocześnie ma kontakt tylko z jednym człowiekiem. Z jednej strony jest on jej oprawcą, z drugiej natomiast dba o nią, dostarcza jej jedzenie. To od niego zależy jej życie. Te złożone procesy ostatecznie ukształtowały podejście porwanej do jej oprawcy. A w rezultacie także do odzyskanej wolności i zastanej rzeczywistości:

Świat, do którego wróciłam, nie był tym, który opuściłam. I ja także nie byłam tą sama osobą. Nic już nie będzie takie jak wcześniej – nigdy (NK, 266).

Dzisiaj Natascha jest dorosłą kobietą, która boi zaufać się mężczyznom, nie założyła rodziny. Sama przyznaje, że pomieszkuje w domu, w którym była przetrzymywana:

Absolutnym horrorem była dla mnie wizja, że jakiś perwersyjny wielbiciel przestępcy mógłby kupić ten dom; że dom mógłby się przekształcić w miejsce pielgrzymek dla tych, którzy widzieli tam urzeczywistnienie swoich najbardziej skrywanych fantazji. Z tego też powodu zadbałam o to, by dom nie został sprzedany, lecz przyznany mi jako „odszkodowanie”. Tym samym odzyskałam część własnej przeszłości i mogłam ją sama kontrolować (NK, 271).

Przemoc ojca wobec córki – książka: Katie Matthews, *Wszystko pamiętam, tatusiu* (2018)

Dorośli wyrządzają dzieciom krzywdę, sprawiają ból, często licząc na to, że dziecko się nie poskarży, zapomni – zgodnie z logiką, że rodziców kocha się mimo wszystko. Pokutuje też przekonanie o tym, że niedojrzały system nerwowy dziecka nie w pełni odbiera bodźce bólowe, a więc, że można go ranić bezkarnie. Nic bardziej mylnego. To w dzieciństwie ludzie kodują najwięcej, najpełniej i najtrwalej. To wczesne doświadczenia są podwaliną jego osobowości i funkcjonowania w społeczeństwie. Doskonałym literackim przykładem takiej kolei rzeczy jest autobiograficzna książka autorstwa Katie Matthews pt. *Wszystko pamiętam, tatusiu*, opublikowana w polskim przekładzie w 2018 roku⁴⁸.

Katie prześladują koszmarne wspomnienia z dzieciństwa związane z jej tatą. Wielu z nich nie pamiętała, w jej głowie pojawiały się urywki, których nie mogła z niczym powiązać i nie rozumiała ich, nie wiedziała, co miały oznaczać. Terapia, którą zaczęła, pomogła jej zajrzeć do przeszłości, przez co dramatyczne wspomnienia zaczęły stopniowo ożywać.

Główną bohaterkę poznajemy w chwili, kiedy poczuła ostry ból w brzuchu. Do Katie przyjeżdża karetka i zabiera ją do szpitala. Okazało się, że dziewczyna była w ósmym tygodniu ciąży, której nie była nawet świadoma. Kiedy w wieku osiemnastu lat została zgwałcona, powiedziano jej, że z powodu urazów wewnętrznych prawdopodobnie nie będzie mogła mieć dzieci. Zaskoczenie młodej dziewczyny, że jednak do tego doszło, było więc ogromne. Dziecka nie udało się uratować – Katie poroniła. W szpitalu wspierał ją Tom, jej chłopak, w którym zakochała się od pierwszego wejrzenia i zamieszkała w domu razem z nim i jego rodzicami, którzy stali się dla niej rodziną, jakiej Katie nigdy nie miała. Sześć tygodni

48 K. Matthews, *Wszystko pamiętam, tatusiu*, przeł. J. Wolin, M. Czub, Warszawa 2018. Skrót: KM, numer strony.

po stracie dziecka Katie pojechała z Tomem do kliniki planowania rodziny, aby nabyć pigułki antykoncepcyjne. Pielęgniarka przeprowadziła z nią wnikliwy wywiad, dziewczynę zbadano i wówczas okazało się, że Katie jest ponownie w ciąży. Tom bardzo się ucieszył na tę wiadomość, jednak bohaterka bała się odpowiedzialności za dziecko. Bała się kolejnego bólu, kolejnej straty. Katie rozważała aborcję, ale po namowach matki Toma, która bardzo pragnęła wnuka i zaoferowała pomoc, zgodziła się urodzić. Kiedy była w czwartym miesiącu ciąży, razem z Tomem wzięli kredyt i kupili dom. Wcześniej Katie mieszkała w mieszkaniu, które kupiła w wieku zaledwie dwudziestu jeden lat. Mimo że wstawiała tam stare meble, które jej ojciec zamierzał wyrzucić, była z niego bardzo dumna. Dopiero wtedy, będąc u siebie, poczuła, że może sama podejmować decyzje, czuła się w miarę bezpiecznie.

Tak jak się tego spodziewała, poród nie przebiegał łagodnie, noworodek miał problemy z oddychaniem. Ostatecznie urodziła zdrowego syna, któremu nadała imię Sam. W szpitalu odwiedziła ją jej mama oraz ojciec wraz ze swoją dziewczyną Gillian. Ojcu Katie wyraźnie nie spodobało się imię chłopca – chciał, aby nazywał się Harold na cześć jego i jego ojca. Wścikły, szybko wyszedł z Sali. I tym razem pokazał swoją prawdziwą „twarz”:

– No więc, jak go nazwaliście? – ryknął ojciec, pochylając się nade mną i nadstawiając policzek do pocałowania.

Cały oddział zamilkł. Nawet noworodki przestały mlaskać przy piersiach, a te, które akurat nie jadły, przestały pomrukiwać. [...]

– Postanowiliśmy dać mu na imię Sam – poinformowałam ojca i podświadomie obronnym gestem położyłam rękę na stojącym obok łóżeczku.

– Sam! – Ojciec niemal splunął tym słowem, wypowiadając je z obrzydzeniem. – Co to za imię, na litość boską?! Jak dla jakiegoś pieprzonego psa! Myślałam, że będzie się nazywał Harold na cześć moją i mojego ojca! Nie ma z ciebie żadnego pożytku (KM, 19).

A co takiego zaważyło na życiu Katie oraz jej decyzjach, braku zaufania i lękach? W dzieciństwie była całkowicie kontrolowana przez ojca, a nawet będąc już dorosłą osobą, czuła jego wpływ w wielu sytuacjach. Dręczył jej matkę, psychicznie i fizycznie, bił ją oraz jej brata. Rodzice rozwiedli się, kiedy miała siedem lat. Jednak szkody, które powstały po dramatycznych przeżyciach, były nieodwracalne. Katie opisuje swoją matkę jako ładną, nieśmiałą kobietę. Ojciec całkowicie ją sobie podporządkował

i nawet wtedy, kiedy noc przed ślubem przyłapała go z inną kobietą, potrafił wyjść cało z tej sytuacji i ślub się odbył. W oczach innych był czarującym gawędziarzem, z którego opowieści wszyscy się zaśmiewali. Wyglądał na świetnego faceta. Jednak prawdziwe oblicze okazywał w domu, kiedy stawał się wściekły i agresywny:

Dopiero później zaczęło do niej docierać, że mężczyzna, który wydawał się kochający i troskliwy, był w rzeczywistości egoistycznym, agresywnym draniem z niemal nieograniczonym i perwersyjnym apetytem seksualnym (KM, 23).

Dla swych dzieci, Katie i jej brata Iana, był bardzo surowy. Gdy matka słyszała, że mąż wraca z pracy, usiłowała chronić dzieci, starała się, aby zniknęły mu z oczu. Wtedy całą złość wyladowywał na niej. Krytykował ją, doprowadzał do łez, a kiedy płakała, wściekał się jeszcze bardziej. Zupełnie inaczej zachowywał się wśród gości, głównie swoich znajomych. Katie wspomina o wielu przerażających sytuacjach. Pewnego razu pod nieobecność ojca, podczas zabawy w pokoju, do którego ojciec zakazywał im wchodzić, Ian potknął się i upadł prosto na jedno z okien, raniąc się poważnie w głowę. Płacz syna usłyszał wracający z pracy ojciec i zamiast udzielić chłopcu pomocy, potrząsał nim, doprowadzając do tego, że dziecko trzęsło się – już nie z bólu, a ze strachu. Matka błagała go, aby zabrał Iana do szpitala, jednak ojciec w furii uderzył ją, a później przyszedł do Katie i uderzał ją paskiem po gołym ciele. Za karę kazał dzieciom zostać w pokoju przez kilka dni bez jedzenia i wody. Matka, litując się nad maluchami, dostarczała im pokarm i wodę; „tatusz”, gdy to zauważył, uderzył i kopał żonę:

– Proszę cię Harry. To tylko dzieci. Muszą jeść. Pozwól im się przynajmniej napić. Nie mogą spędzić bez jedzenia i wody dwóch dni.

Nagle, bez żadnego ostrzeżenia, ojciec wyciągnął rękę i na odlew chlasnął ją w twarz, a ona upuściła tacę na jego stopy.

– Podnieś to – syknął.

Kiedy padła na kolana, żeby posprzątać rozmokła kanapki i dwie puste szklanki po wodzie, kopnął ją (KM, 29).

Ojciec był wyjątkowo okrutny także wobec zwierząt. Kiedy Katie uciekł chomik, udusił go i wcisnął do butelki po mleku. W bestialski sposób i z satysfakcją obwinił za to córkę: „Tak się dzieje, gdy nie robisz tego,

co powinnaś” – obwieścił triumfalnie (KM, 33). Dziewczynka oprócz lęku wypracowywała w sobie niską samoocenę, wpadała w poczucie winy – przecież sprzeciwiała się ojcu, nie robiła tego, czego żądał.

To jednak nie były najgorsze doświadczenia Katie i jej brata. Bardzo często byli świadkami, jak ojciec katował matkę. Pewnej nocy sprowadził sobie do domu kobietę, a matkę Katie ciągnął za włosy, uderzał w głowę i popychał. Katie, chcąc pomóc matce, podbiegła do niej, kiedy podczas zadawanych tortur upadła na ziemię. W „rewanżu” ojciec wyrzucił je obie przed dom, na śnieg i mróz, w samych nocnych koszulach.

Katie miała tylko trzy lata, kiedy ojciec po raz pierwszy ją zgwałcił. Te dramatyczne, pełne cierpienia i bólu obrazy powracały w świadomości dziewczyny, nawet kiedy była już dorosła. Wspomina, kiedy ojciec mówił matce, że idzie się zdrzemnąć i zabierze ją ze sobą, a ona wydawała się być całkowicie nieświadoma tego, co robił jej córce:

Miałam tylko trzy lata, kiedy ojciec odbył ze mną pierwszy, pełny stosunek. Przyszedł do mojego pokoju pewnej nocy i położył się na łóżku obok mnie. Od tamtej pory zaczęłam układać obok poduszki wszystkie lalki, bo ludziłam się, że gdy następnym razem zakradnie się do pokoju, nie będzie wiedział, która mała główka należy do mnie. Plan jednak zawiódł, zaczęłam więc sypiać w rogu szafy, z prześcieradłem naciągniętym na głowę. [...] Ale i tym razem ojciec nie dał się nabrać i niemal co noc drzwi szafy powoli się otwierały, a on mnie z niej wyciągał, niósł z powrotem do łóżka, a potem kładł się obok (KM, 73).

Autorka jako mała dziewczynka nie miała pojęcia, że to, co robi jej ojciec, jest czymś złym. Kiedy odwiedzali go przyjaciele na alkoholowe libacje, dosłownie „udostępniał” im Katie – zabierał ją z pokoju, kiedy spała, i pozwalał im ją molestować, w zamian za co dostawała monety:

Po większości z tych przyjęć co najmniej jeden z przyjaciół ojca był zbyt pijany, żeby wracać do domu, więc zostawał na noc w gościnnym pokoju na górze. W takie noce, odkąd skończyłam cztery lata, ojciec przychodził do mojego pokoju, kiedy już spałam, odkrywał mnie i wyjmował z łóżka. Czasem otwierałam oczy, gdy niósł mnie po schodach na górę, a czasem budziłam się dopiero, leżąc w łóżku z mężczyzną, którego nie znałam, który dmuchał mi w twarz oparami alkoholu i mnie dotykał (KM, 77–78).

Katie nie miała świadomości, że ojciec robi jej coś złego. Właściwie racjonalizowała sobie wszystko, myśląc, że to właściwie normalne i że każdy ojciec robi takie rzeczy swojej córce:

Jako mała dziewczynka uważałam, że wszyscy ojcowie robią ze swoimi córeczkami to, co mój ojciec robił ze mną. Dziecko nie analizuje życia, bierze je takim, jakie jest. Przeżyłam więc potworny szok, gdy w wieku dwunastu lat zorientowałam się w końcu, że ojciec – i jego koledzy – wykorzystywali mnie seksualnie (KM, 196).

Pewnej nocy matka Katie zebrała się na odwagę i uciekła z domu, zabierając ze sobą ją i Iana. Jednocześnie mimo krzywd, jakie wyrządzał jej mąż, nadal go bardzo kochała, czego Katie nie była w stanie pojąć. Mężczyzna zmusił ją do przekazania mu całego majątku. Pewnego razu uderzył ją szklaną popielnicą w głowę, tak że straciła przytomność, a kiedy ledwo się ocknęła, wcisnął do ręki długopis i kazał jej podpisać papier. Czy interpretacja, według której żona zrobiła to z miłości, jest adekwatna? Można to zrozumieć także jako akt ostatecznego odcięcia się od męża, by ratować siebie i dzieci.

Dramat, który dotknął Katie, sprawił, że stała się buntowniczą nastolatką, która piła i paliła, ponieważ odczuwała silny gniew. Dla świata prezentowała się jako obojętna, była łatwym celem dla szkolnych prześladowców. Słowa, które w dzieciństwie słyszała od ojca, wciąż tkwiły w jej głowie, przez co wmawiała sobie, że wszelkie zło, jakie ją spotyka, jest jej winą. Marzyła o tym, by poznać kogoś, kto rozumiałby jej gniew, bunt, i byłby w stanie jej pomóc. To, co przeżywała, niekończące się wspomnienia z przeszłości, niska samoocena, obarczanie siebie winą, były dla niej piekłem w najbardziej dosłownym sensie tej metafory.

W wyniku doświadczeń Katie już jako dorosła kobieta nieustannie mierzyła się z panicznym lękiem, stanami depresyjnymi, psychozy, a także z próbami samobójczymi. Te zaburzenia sprawiają, że na pewnym etapie życia dziewczyna została zamknięta w oddziale psychiatrycznym, ponieważ sama nie umiała sobie pomóc.

Terapia oraz świadome dojrzewanie sprawiają, że kobieta postanawia stworzyć lokalną grupę pomocy dla kobiet wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie, co ostatecznie jej się udaje. Postanawia radykalnie odciąć się od przeszłości i zgłosić na policję wszystkie występki ojca. Ten przechytrza ją jednak. Podstępem zabiera kartę zdrowia córki z przychodni, przez co nie ma bezpośrednich dowodów poza własnymi zeznaniami.

Jak ogromne piętno wywiera na człowieku to, co spotyka go w dzieciństwie, niech świadczy dobitnie przykład bohaterki i zarazem autorki książki. Katie nie potrafi nawiązać satysfakcjonujących relacji z mężczyznami,

nie potrafi też zaopiekować się własnym synem, Samem. Po jakimś czasie świadomie zrzeka się do niego praw, oddając go pod opiekę ojca. Mimo wszystko zrobiła to dla dobra tego dziecka, dlatego paradoksalnie była to jedna z lepszych decyzji, jakie świadomie podjęła Katie: „Możemy iść naprzód i wykorzystywać swoje doświadczenia z przeszłości, zamiast od-dawać im nad sobą władzę” (KM, 223).

Alkoholizm, przemoc fizyczna i seksualna – książka: Halszka Opfer, *Kato-tata* (2011)

Dramatyczne przeżycia, bicie, szarpanie, przezywanie, konieczność ucieczki z domu, gdy pijany oprawca pojawiał się w drzwiach, czy wykorzystanie seksualne przez tegoż, zdarzają się także w polskich warunkach. W polskiej literaturze doświadczenia tego rodzaju pojawiają się w dziełach Halszki Opfer, która w przejmujący sposób w wydanej w 2011 roku książce *Kato-tata* opisała realia polskiej pedofilii i kazirodztwa⁴⁹.

Kato-tata to utwór literacki napisany w formie pamiętnika spisane-go przez dorosłą już kobietę, która od wczesnego dzieciństwa przechodziła przysłowiowe piekło we własnym domu, czyli w miejscu, które każdemu człowiekowi winno kojarzyć się z bezpieczeństwem, ciepłem oraz bez-troską. Autorka przedstawia bardzo sugestywnie losy dziecka, którym niegdyś była; dokładnie opisuje to, co przeszła. Oprócz tego z perspek-tywy lat, posiłkując się retrospektywami, mówi o tym, jak wydarzenia z dzieciństwa i wczesnej młodości wpłynęły na jej dalsze życie jako samo-dzielnej dorosłej kobiety. Po lekturze nasuwa się wniosek, że nie można uciec od takich wspomnień, a na pewno nie jest to możliwe bez wsparcia terapeuty.

Najdokładniej scharakteryzowaną postacią jest tytułowy tata, o któ-rym opowiada Halszka. Od najmłodszych lat musiała zaspokajać jego wy-paczony i zaburzony popęd seksualny. Tata był niewątpliwie pedofilem, ale jego wybujały, chorobliwy popęd seksualny powodował, że i dojrzałe kobiety – zarówno te z rodziny, jak i sąsiadki odwiedzające dom – były narażone na jego zapalczywość i zapędy:

49 H. Opfer, *Kato-tata. Nie-pamiętnik*, wyd. 2, Warszawa 2011. Skrót: HPa, numer strony.

Moje pierwsze doświadczenie seksualne miało miejsce, kiedy byłam bardzo małą dziewczynką. Miałam około trzech lat, a może nawet mniej. . .

Leżę w żelaznym łóżeczku. Przez siatkę widzę mężczyznę, który zataczając się, podchodzi i pochyla się nade mną. Poznaje – to mój tatuś. Nie powinnam się go bać, ale ogarnia mnie strach. Pochyla się coraz niżej i coś mamrocze. Czuję kwaśny zapach z jego ust. Zaczynam cichutko poplakać. Tatuś głaszcze mnie po głowie, rozmawia ze mną czule, jednocześnie wkładając rękę w moje śpioszki. Czuję, że jego palec zaczyna mi wchodzić w podbrzusze. Zaczynam się wiercić. Boli. On jednak nie przestaje i wkłada palec głębiej. Boli mnie jeszcze mocniej, coraz bardziej się boję i lzy lecą mi strumieniami. Tatusiowi chyba robi się mnie żal, ponieważ przemawia do mnie czule. Jego palec coraz głębiej wpija się w moje wnętrze. Mam wrażenie, jakby poniżej brzucha wiercił mi ogromną dziurę. Robi się czerwony i jęczy (HPa, 25).

Oprócz samej Halszki wykorzystywany i molestowany był także jej brat:

Kiedyś tata był w pracy, a my z mamą siedzieliśmy w pokoju. Nagle mój starszy braciszek zaczął się śmiać i powiedział, że tata bawił się z nim i chciał, żeby wzięli sobie nawzajem pisiorki do buzi. Bardzo nas to wszystkich rozśmieszyło. Śmiałyśmy się na cały głos. Mama nie skomentowała tego ani jednym słowem (HPa, 26).

Matka nie reagowała na wydarzenia, które działy się w domu. Miała pełną świadomość alkoholizmu męża, jego wynaturzeń wobec dzieci, niepohamowanych zapędów wobec kobiet. Była jednak w pewnym sensie „zamrożona”, nie okazywała najmniejszych emocji. To skutek wieloletnich awantur, bicia, znęcania się psychicznego:

Najbardziej lubił nazywać ją kurwą i uczył tego mojego brata, który zastraszony, jak papuga powtarzał różne okropne słowa, nie rozumiejąc ich. Ojca bardzo to bawiło i był dumny ze swoich osiągnięć pedagogicznych (HPa, 27).

Ojciec miał zły wpływ na syna, przez co z czasem brat także zaczął znęcać się nad Halszką oraz ich siostrą:

Byłyśmy z siostrą bite przez starszego brata. Chyba dostał na to ciche przyzwolenie rodziców, a że sam był bity przez ojca – oddawał to dalej (HPa, 109).

W domu stworzył się swoisty ciąg przemocy. Ojciec bił syna, który później bił własne siostry. Najbardziej narażona na przemoc była jednak matka:

[Ojciec] zawsze znalazł powód, żeby mamę zbić. Rzucił w nią czym popadnie. Na przykład budzikiem, który mama dopiero co kupiła. Patrzyłam przerażona, jak budzik rozlatuje się na drobne kawałki.[...] W czasie jednej z takich awantur mama uciekła do ogródka i schowała się za bzami. Tata rzucił za nią kamieniami. Kiedyś dopadł ją w ogrodzie. Cieszył się, że mu nie umknie. Podniósł z ziemi kilka dorodnych buraków cukrowych – na szczęście chybił, bo był zbyt pijany. Niestety bywało, że rzucił celnie. Mama ma ślady do dzisiaj (HPa, 79).

Zmaltretowana matka niestety sama „po cichu” współuczestniczyła w procederze gwałtów nad dziećmi. Nie tylko poprzez brak zdecydowanej postawy wobec męża-alkoholika i zboczeńca, ale także poprzez takie działania, jak chociażby szczególna dbałość o higienę córki przed nocą, kiedy w jej łóżku miał się pojawić tata. To Halszka miała więcej hartu ducha i empatii. Doskonale wiedziała, że ojciec będzie gwałcił tę z córek, która śpi „z brzegu” łóżka (łóżko dzieliła z młodszą siostrzyczką). Halszka świadomie zajmowała miejsce z brzegu łóżka, aby ochronić siostrę przed oprawcą.

Matka była odbierana przez dzieci również jako kat, tyle że w innej postaci. Przez własne problemy wpędzała dzieci w poczucie winy, wymyślała u siebie nieistniejące choroby, a także sama znęcała się nad potomstwem psychicznie.

Dziewczynka nie potrafi odnaleźć w nikim poczucia bezpieczeństwa, nie może zaufać mamie, siostrze ani koleżankom; boi się w szkole, kiedy ktoś coś o niej mówi lub gdy ktoś się z niej śmieje, jest kłębkim nerwów. Ból i cierpienie, jakie przechodzi, są nie do opisanego. Halszka Opfer opisuje wszystkie traumatyczne przeżycia nie tylko z czasów dzieciństwa, ale też takie, gdzie jako już dorosła kobieta walczy ze wspomnieniami, unika spotkań z rodziną, ma poważne problemy w nawiązaniu prawidłowych relacji z otoczeniem – w tym zwłaszcza z mężczyznami. Autorka była wielokrotnie molestowana nie tylko przez własnego ojca i nie tylko we wczesnym dzieciństwie:

Pewnego dnia ksiądz wyświetlił nam film o jakimś świętym. Zasłonił wszystkie okna. Zrobiło się ciemno. Siedziałam na samym końcu – jak zwykle. Gdy zaczął się film, proboszcz podszedł do mojej ławki i usiadł bardzo blisko mnie. Poczulałam jego nieświeży oddech. Staralam się nie zwracać na to uwagi. Film był bardzo ekscytujący – świeci za wsze mnie fascynowali... W pewnym momencie poczułam, jak proboszcz kładzie rękę na mojej szyi. Pomyślałam, że to przypadek, gdyż byłam pewna, że księża są jak święci. Po chwili chwycił mnie za rękę i położył na swoim kroczu. Zamarłam. Moja ręka trzymana

w mocnym uścisku głaskała jego narządy. To nie ja, tylko on tak manewrował, że robiła to, co chciał. Wydawało mi się, że śnię, i za chwilę się obudzę. Próbowalam się uwolnić, ale on ścisnął moją rękę bardzo mocno. Poza tym bałam się, że ktoś może o zauważyć i będę miała nieprzyjemności. Zrozumiałam, że to on w odpowiednim dla siebie czasie zdecyduje, kiedy przestać. Nie bojąc się kary boskiej, przyciskał moją rękę coraz mocniej i cichutko pojękiwał. „Boże, zrób coś, zalkałam bezgłośnie, albo chociaż mnie zabij”. Niestety. Poczulałam beznadziejną pustkę. Ksiądz okazał się tak samo wstrętny i zły jak mój tatuś. [...] A może Bóg tym kieruje i chce, żebym była ofiarą? (HPa, 56).

Z książki wynika, że molestowali Halszkę także ksiądz, lekarz czy sędzia. Dlaczego? Przypadek? Zbieg okoliczności? Prowokacja?

Jedną z najczęstszych konsekwencji doświadczania przez dzieci krzywdzenia w rodzinnym domu jest rozwijanie się w nich tożsamości ofiary – wiktymizacja. W swoim życiu dzieci te nie potrafią bronić siebie przed atakami lub wykorzystywaniem przez innych (HPa, 11).

Ofiara przemocy domowej i seksualnej w późniejszym życiu – książka: Halszka Opfer, *Monidło. Życie po kato-tacie* (2011)

Istotnym wątkiem w kontekście analizy sytuacji osób molestowanych jest to, czy z czasem nabywają one umiejętności obrony w dorosłym, samodzielnym już życiu. Zasadne wydaje się w tej sytuacji pytanie, czy doświadczenia wyniesione z dzieciństwa kładą się cieniem na całym ich życiu i wszystkich jego sferach. Halszka Opfer spróbowała odpowiedzieć na to pytanie w swojej drugiej książce, która bezpośrednio nawiązywała do pierwszej. *Monidło. Życie po kato-tacie* zostało wydane w tym samym roku, co *Kato-tata*, ale jest istotną kontynuacją wątków, które autorka podjęła w pierwszej części historii⁵⁰.

Monidło to dzieło literackie ukazujące, jaki wpływ na życie człowieka ma fakt, że jest on ofiarą. Pierwszy wniosek wyciągnięty przez autorkę sprowadzić można do tego, że cień przeszłości towarzyszy ofierze już zawsze. Jak powiada Opfer: „Ofiara jest zawsze ta sama, tylko kaci się zmieniają”.

Halszka doświadczyła tego na własnym przykładzie. Jej małżeństwo okazało się porażką, a w razie kłopotów nie mogła na nikogo liczyć i nie

50 H. Opfer, *Monidło. Życie po kato-tacie*, Warszawa 2011. Skrót: HPb, numer strony.

miała żadnego wsparcia. Mąż, teściowa, matka, siostra, brat – wszyscy, którzy powinni być dla człowieka oparciem, okazali się sprawcami bólu, poniżania, pogardy, agresji i wyzysku:

Adam był uległy wobec matki. Gdy zamierzaliśmy coś kupić, zawsze się jej radził. Mnie się nie radził, bo i po co. Gdy z początku próbowałam wyrażać swoje poglądy, teściowa patrzyła na mnie z ironią, mówiąc, że gadam głupoty i że powinnam się leczyć – najlepiej na głowę. Pozostali domownicy patrzyli na mnie z politowaniem. Z czasem uwierzyłam, że nie jestem normalna, bo wszyscy w rodzinie nie mogą się mylić. Pomyślałam, że przy najbliższej okazji pojedę do psychiatry, aby mnie z nienormalności wyleczył (HPb, 56).

I znowu nasuwa się pytanie, dlaczego tak doświadczona już przez życie osoba pozwala sobie na takie traktowanie? A może właściwiej byłoby zapytać, że właśnie dlatego tak się zachowuje, ponieważ nie zna innego życia? Jej mąż Adam szydzi i drwi z żony, którą „tresuje”, aby była posłuszna jemu i jego rodzinie:

Gdy wróciliśmy do domu, rzucił mnie na łóżko, siadł na mnie okrakiem i zacisnął ręce na mojej szyi. Mocno mnie podduśił, bo nie mogłam się mu wyrwać. Zagroził, że jeśli znowu ucieknę z przyjścia, zrobi ze mną porządek (HPb, 66).

Stosował wobec niej także różne formy przemocy seksualnej, zmuszając ją do odbywania stosunku, nawet gdy ona sama nie przejawiała ku temu żadnej ochoty:

Zdarzało się, że źle się czułam i nie miałam ochoty z nim spać, wtedy się odgrażał, że pójdzie na dziwki. Jeżeli mimo to się wzbraniałam, chwytał mnie za ręce i włókł po podłodze do swojego pokoju. Po wszystkim musiałam wracać do siebie (HPb, 70).

Adam znęcał się nie tylko nad żoną, ale także nad ich córką:

Kiedy Tamara skończyła osiemnaście miesięcy, mąż zabrał się za jej wychowanie. Pewnego wieczoru nie chciała spać w swoim łóżeczku. Próbowałam różnych metod, ale bezskutecznie. Adam wziął listewkę, ściągnął małej majtki i zaczął ją bić z całej siły, aż na pupie ukazały się czerwonosine pręgi. Gdy uznał, że już wystarczy, wrzucił Tamarę jak worek kartofli do łóżeczka, kazał jej się zamknąć i zgasił światło. Tamara płakała i prosiła, abym ją przytuliła. Adam nie pozwolił mi do niej podejść. Zagroził, że jeśli będę się wtrącać, zrobi ze mną to samo (HPb, 78–79).

Takimi opowieściami usiana jest niemal cała książka, w której autorka opowiada o swoim małżeństwie z Adamem. Kiedy zupełnie bezradna, zniewolona fizycznie i psychicznie postanawia odejść od męża, wyprowadza się do rodziców. Niestety, mimo że jest już dorosła i jest żoną i matką, nie udaje się jej uchronić przed zakusami ojca. Znowu zaczyna molestować ją jak niegdyś w dzieciństwie. Co gorsza, jak wynika ze skąpych relacji córki Tamary, i jej dziadek nie pominął w swoich zapędach. Halszka jest wstrząśnięta. Skarży się matce, ale i tym razem nie uzyskuje żadnego wsparcia z jej strony. Kobieta dojrzewa do decyzji o rozwodzie i całkowitym uwolnieniu się od patologicznych relacji. Pomimo starań znów „przyciąga” do siebie człowieka o marnej reputacji – Bronka, alkoholika, ojca siedmiorga dzieci, do tego człowieka zaburzonego, jeśli chodzi o popęd seksualny. W jakiś sposób ten człowiek uwiódł Halszkę, a ta wychodzi za niego za męża. Oczywiście czar uwodziciela pryska, gdy zostają małżeństwem. Broniek okazał się niezrównoważonym katem, który ją maltretował:

Zaczęłam błagać Bronka, żeby odłożył broń. Obiecałam, że zrobię wszystko, co zechce. Wreszcie oprzytomniał. Popatrzył mi w oczy, chwycił za ręce i powiedział:

– Powtarzaj za mną: mój były mąż to chuj i palant!

Milczę. Na to Broniek wrzasnął:

– Powtarzaj, bo zabiję go jak psa!

– Tak, kochanie, mój były mąż to chuj i palant! Chuj i palant!! – nie panuję nad sobą i krzyczę z całych sił, powtarzając wiele razy te same wyzwiska.

Broniek się uspokaja, jest zadowolony (HPb, 194).

Upokorzeniom, wyzwiskom i przemocy nie było w tym małżeństwie końca. Halszka po raz kolejny uświadamia sobie, że nie jest nic warta i że nie zasługuje na nic więcej jak tylko upokorzenie. Pisze o sobie w znamiennych słowach: „Nieważne, że jestem umyta. Uwierzyłam, że to mój smród”. Nie potrafiła uchronić własnej córki przed molestowaniem i biciem ani syna przed surową ręką ojca, podobnie jak niegdyś jej własna matka nie potrafiła chronić jej samej. Halszka jest za słaba, aby walczyć z przemocą, która towarzyszy jej od dzieciństwa. Jest słaba, a jednocześnie na tyle silna, że ostatecznie potrafiła wybaczyć umierającemu ojcu wszystkie krzywdy, jakie jej wyrządził.

Przemoc z perspektywy małego dziecka – książka: Joe Peters, *Płacz niemymi łzami* (2014)

Dziecko wyraża swą rozpacz za pomocą krzyku, płaczu i łez, licząc w ten sposób, że ktoś je usłyszy i przyjdzie z pomocą. Krzyk wydaje się szczególnie bolesny, gdy człowiekowi małemu, bezbronnemu i uzależnionemu w pełni od innych, krzywdą dzieje się ze strony dorosłych. Kiedy pomoc nie nadchodzi, a okrucieństwo trwa nadal, łzy stają się niewidoczne, a krzyk niemy. O takiej beznadziejnej sytuacji z punktu widzenia małego dziecka pisze Joe Peters w książce *Płacz niemymi łzami*, opublikowanej w 2014 roku⁵¹.

Książka jest autobiografią autora, w której opisuje on swe traumatyczne wspomnienia z dzieciństwa. Pełno w niej bólu, poniżania, maltretowania, molestowania i gwałtów. Czytelnik bezustannie zastanawia się, jak to możliwe, że dorośli ludzie mogą wyrządzić tak olbrzymią krzywdę dziecku. Szokuje w tych okolicznościach postawa zarówno matki oraz rodzeństwa, jak również instytucji, których zadaniem jest pomagać, a nie szkodzić.

Joe jest synem Lesley i Williama. Matka ma troje synów z poprzedniego małżeństwa. Od samego początku nie przejawiała wobec Joego uczuć, jakimi powinna darzyć swoje dziecko. Poniżała go, biła i wyzywała, chciała wyrzucić przez okno; zdarzyło się, że przyłożyła mu gorące żelazko do ręki. Najważniejszą postacią w życiu chłopca był ojciec. To on dawał mu poczucie bezpieczeństwa, wspierał go i okazywał pomocną dłoń. Joe spędzał z nim bardzo dużo czasu, ponieważ ojciec był świadom tego, że jak tylko zostawi syna z matką, ta będzie się nad nim znęcać. Wiedział, że tylko on może chłopcu dać ciepło i schronienie przed kobietą, która została jego żoną. Stan ciągłej niepewności oraz agresja ze strony żony sprawiły, że w którymś momencie czara goryczy się jednak przełamała. William postanawia odejść od żony, zabierając ze sobą syna. Lesley nie dawała jednak za wygraną i awanturowała się o swoje dziecko. Może w ten sposób chciała, by mężczyzna do niej wrócił. Wybrała złą drogę, ale tylko taką znała.

Sama Lesley nie miała łatwego życia, rodzice byli bardzo wymagający i stosujący żelazną dyscyplinę. Ślub wzięła w bardzo młodym wieku z mężczyzną wybranym przez rodziców, urodziła troje dzieci i przeżyła śmierć kolejnego dziecka. Uzależniła się od alkoholu, przeżyła rozwód.

51 J. Peters, *Płacz niemymi łzami*, przeł. A. Kowalczyk, Warszawa 2014. Skrót: JPP, numer strony.

Lesley i Williama połączyła jedna noc i owoc tej nocy – Joe. Mężczyzna był na tyle uczciwy, że mimo miłości do innej kobiety ożenił się z matką swojego dziecka. Ich relacja była trudna i skomplikowana, ale mimo ciągłych walk i kilku rozstań przyszła na świat jeszcze Ellie, jedyna córka, która stała się ulubienicą Lesley.

Ojciec z synem większość czasu spędzali w warsztacie, ponieważ William był mechanikiem. Joe uwielbiał spędzać czas z ojcem, był zafascynowany tym, jak ten naprawia auta. Pewnego dnia, kiedy oboje przebywali w warsztacie, zdarzył się tragiczny wypadek. Z jednego z aut znajdujących się w warsztacie zaczęła wyciekać benzyna. Naprawą tego samochodu zajmował się William, a Joe w tym czasie siedział w samochodzie i obserwował pracę ojca. Niefortunnie jeden z klientów rzucił niedopałek papierosa, przez co William w jednej chwili stanął w płomieniach, a jego syn obserwował to wszystko zza szyby samochodu. Nie mógł nic zrobić, czuł się bezradny. Pożar udało się ugasić, ale mężczyzna trafił w ciężkim stanie do szpitala. W niedługim czasie został odłączony od aparatury podtrzymującej życie za sprawą decyzji, którą podjęła Lesley.

Joe stracił w jednej chwili bardzo wiele. Z jednej strony ogromną miłość, jaką darzył go ojciec, ale z drugiej również schronienie, jakie mu zapewniał. Po jego śmierci chłopiec w wieku 5 lat musiał wrócić do matki. Tam znowu był poniżany i bity nie tylko przez bezkarną w tych okolicznościach rodzicielkę, lecz również przez przyrodnich braci – Larry’ego i Barry’ego. Jedynie najstarszy z rodzeństwa Wally okazywał mu współczucie i próbował z nim rozmawiać. W krótkim czasie w wyniku wszelkich traumatycznych przeżyć mały Joe przestał mówić. Pojawił się zatem mutyzm posttraumatyczny.

Matka traktowała chłopca w sposób niewiarygodnie okrutny. Biła go, poniżała, zastraszała, nie dawała nic do jedzenia poza jakimiś resztkami, które miał jeść z podłogi, gdyż twierdziła, że nie zasługuje na to, by móc jeść razem z domownikami przy stole. Nie pozwoliła ubierać nic poza majtkami, ponieważ twierdziła, że nie zasługuje na jakikolwiek ubrania. Robiła wszystko, żeby zniszczyć syna – zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym: „Ty brudna, mała świnió – mówiła. – Trzeba cię nauczyć porządku! – I zostawiała mnie nagiego na wiele dni” (JPP, 69).

W pewnym momencie stwierdziła, że chłopiec będzie mieszkał w zimnej i ciemnej piwnicy, gdzie był maltretowany, głodzony, spał na zatęchłym materacu, załatwiał się pod siebie albo do wiaderka:

Nie wydaje mi się, żeby matka już wcześniej zamierzała przekształcić to ciemne, małe pomieszczenie pod ziemią w więzienną celę. Po prostu wpełnęła mnie tam i podparła drzwi od zewnątrz. Wtedy jeszcze drzwi nie miały zamka – pojawił się później, więc raczej nie zaplanowała tego z góry. Myślę, że po prostu miała mnie dość tego ranka (JPP, 64).

Tylko raz na jakiś czas matka rzucała mu kromkę suchego chleba albo dawała trochę wody. Tak okrutne znęcanie się sprawiało Lesley przyjemność, przynosiło jej pewnego rodzaju ulgę, ukojenie. Larry i Barry wtórowali matce i brali z niej przykład w znęcaniu się nad bratem. I tylko Wally w tajemnicy przed matką schodził do piwnicy i opowiadał bratu o życiu, o tym, co działo się w szkole, przynosił mu jedzenie, wspierał go psychicznie najlepiej, jak tylko potrafił i dawał nadzieję na to, że ten koszmar musi się kiedyś skończyć. Brat starał się zachęcać Joe do mówienia, cierpliwie próbował wydobyć z jego sparaliżowanego gardła choćby najprostsze dźwięki i nieustannie pracował nad przywróceniem pewności siebie, którą matka zniszczyła w nim biciem:

A najlepiej było wtedy, kiedy Wally przynosił jedzenie albo sam przychodził, żeby trochę ze mną pobyć i mnie pocieszyć. Nie był taki, jak reszta, i choć matka wyraźnie zabraniała mnie odwiedzać, kiedy wychodziła z domu, łamał ten zakaz, jeśli tylko wiedział, że ujdzie mu to na sucho (JPP, 72).

Joe był bezbronny i nie był w stanie nic zrobić. Nie umiał bronić się przed otaczającym go złem. Kolejny etap koszmaru zaczął się, gdy Lesley po jakimś czasie związała się z niejakim Amanim, pochodzącym z Nigerii. Mężczyzna szybko zrozumiał, że może zrobić z chłopakiem, co tylko mu się podoba. Zaczął go więc regularnie molestować, a w niedługim czasie także gwałcić:

Kładł się obok mnie na tym ohydny materacu, szeptał mi do ucha, że jestem grzecznym chłopcem, wkładał rękę do majtek, jeśli akurat jakieś miałem, i ocierał się o mnie. Kiedy zrobił to pierwszy raz, odepchnąłem go i pokręciłem głową, żeby pokazać, że mi się to nie podoba. Że ma przestać. [...] Mimo ciemności Amani wyczuł, że mu się opieram.

– Nie odmawiaj mi, chłopcze – warknął, chwytając mnie za genitalia i wykręcając je boleśnie. Więcej nie ośmieliłem się protestować, bo rozumiałem, że jest taki sam, jak matka. Nie znosi sprzeciwu i nie obchodzi go, ile bólu będzie musiał zadać, by wymóc posłuszeństwo. Chciałem krzyczeć, ale nie mogłem wydać z siebie dźwięku, więc tylko leżałem nieruchomo i modliłem się, żeby nie zrobił mi większej krzywdy.

– Jeśli komuś o tym powiesz, wykluję ci oczy i odrąbię wacka – ostrzegł mnie, kiedy już skończył. Ale tracił tylko czas; przecież nie mogłem mówić, więc jak miałem komukolwiek się poskarżyć?

Od kiedy zamieszkał w domu, dali mi brudne prześcieradło na gumce do przykrycia materaca i Amani wycierał się o nie, zostawiając po sobie mokrą plamę. A potem wychodził, jak gdyby nigdy nic, i zamykał za sobą drzwi na klucz (JPP, 92–93).

Niewyobrażalne jest to, że matka o wszystkim wiedziała i dawała na to przyzwolenie. Czasami sama schodziła do piwnicy z Amanim i przyglądała się rozgrywającym się scenom. Kiedy Joe skończył 10 lat, matka wraz z ojczymem sprzedawali go innym mężczyznom, zmuszali dziecko do prostytucji, zarabiając na tym:

Po moim pierwszym spotkaniu z wujkiem Douglasem Amani zaczął regularnie sprowadzać mężczyzn do mojej piwnicy, żeby uprawiali ze mną seks. Zwykle przychodzili w weekendy albo w wakacje czy ferie, ale czasem zatrzymywano mnie w domu w zwykły szkolny dzień. A kiedy prowadzono mnie do piwnicy, doskonale wiedziałem, co mnie czeka (JPP, 131).

Joe był przetrzymywany w piwnicy przez 3 lata (od piątego do ósmego roku życia); nikt z najbliższego otoczenia rodziny nie zauważył, że dziecko ot tak po prostu zginęło. Któregoś dnia Thomas powiedział nauczycielce w szkole, że ma jeszcze jednego brata. Po tym wydarzeniu rodziną zainteresowała się szkoła i opieka społeczna. Kiedy do domu miały przyjść osoby z opieki społecznej, matka wyciągnęła Joego z piwnicy, wykąpała go i zaszantażowała, że jak tylko coś powie o tym, co dzieje się w domu, to zrobi mu krzywdę. Matka wspaniale odegrała przed wizytującymi rolę kochającej, troskliwej opiekunki. Wmówiła wszystkim, że Joe jest agresywny i nie nadaje się do życia w otoczeniu, że zrobił się taki po traumatycznej dla niego śmierci ojca. Jednak wizyta kobiety z opieki społecznej zaowocowała tym, że Lesley przestała przetrzymywać syna w piwnicy i pozwoliła mu zamieszkać w pokoju z braćmi. Chłopiec poszedł również do szkoły, ale traktowanie Joego przez członków rodziny nie zmieniło się. Nadal był poniżany i traktowany w okrutny sposób.

Joe w szkole miał ogromne problemy. Nic nie mówił, izolował się od otoczenia, nie miał żadnych kolegów. Niemniej pobyt w szkole był dla chłopca jedyną chwilą wytchnienia w ciągu doby. Mógł tutaj chociaż na chwilę oderwać się od piekła, jakie miał w domu. Zarówno nauczyciele,

jak i dyrekcja robili wszystko, co w ich mocy, aby pomóc chłopcu. Dzięki zajęciom z logopedą Joe zaczął artykułować pierwsze słowa:

Logopeda, Jill, była kolejną bardzo miłą kobietą, która robiła, co w jej mocy, by pomóc mi się wyrwać z umysłowego więzienia. Miałem prawie dziewięć lat, kiedy zaczęła ze mną pracować. Dzięki jej cierpliwym zachętom szybko zacząłem wyciskać z gardła kolejne jednosylabowe słowa, ale ciągle nie potrafiłem ich połączyć w żadne zrozumiałe zdanie. My oboje wiedzieliśmy, co oznaczają te moje stęknienia i gulgoty, ale kiedy próbowałem się nimi komunikować z kolegami z klasy, wyśmiewali mnie tylko i wymyślali nowe przezwiska. [...]

Pierwszym prawdziwym słowem, jakie udało mi się wykaszlnąć, było „kurwa”. Jill drgnęła, słysząc je, i uniosła brwi. W tamtych czasach było to jeszcze przekleństwo rzadko używane wśród dobrze wychowanych ludzi, ale słyszałem je częściej niż cokolwiek innego, a poza tym świetnie wyrażało to, co czułem (JPP, 163).

Przełomowym momentem w życiu dziecka był dzień, w którym postanowił uciec z domu. Matka wraz z rodzeństwem przebywali na wyjeździe poza domem. Joe spakował jedzenie i wyruszył przed siebie, byle jak najdalej od domowego piekła. Po niedługim czasie policja odnalazła chłopca i przyprowadziła go do domu. Joe nie poddał się i powtórnie próbował uciec z domu. Zaczął walczyć o siebie. Tym razem został doprowadzony na komisariat i po złożeniu zeznań dotyczących molestowania przez brata został skierowany do pogotowia opiekuńczego. Matka postanowiła zostawić chłopca w domu dziecka, ponieważ bała się, że wszystko to może obrócić się przeciwko niej. Wiedziała, że Joe zacznie mówić o tym, co działo się w domu. Manipulacja ze strony matki doprowadziła jednak do powrotu bohatera do rodziny. Wrócił z nadzieją na poprawę losu – taką obietnicę przecież otrzymał. Matka nie zmieniła jednak swojego postępowania wobec syna, znowu zaczęła go bić, poniżać i wykorzystywać. Po czasie Joe powtórnie wrócił do domu dziecka. Od teraz błąkał się od jednego domu dziecka do drugiego. Sprawiał tam niemałe problemy wychowawcze, ponieważ nikt nawet nie chciał zrozumieć, przez co musiał przejść w swoim życiu oraz jakie tajemnice kryje w swoim wnętrzu. Nikt nie zaoferował mu terapii. Kiedy miał kilkanaście lat, matka znowu sobie o nim przypomniała i wzięła go powtórnie do domu. Nie zrobiła tego z poczucia matczynej miłości, a z braku pieniędzy, które Joe wraz z młodszym rodzeństwem mógł dla niej zarabiać. Pobyt w domu nie trwał długo, ponieważ matka zaczęła go znowu bić. Cały piętnasty rok życia Joe krążył między domem matki a domem dziecka. Za każdym razem miał nadzieję,

że wszystko potoczy się inaczej, ufał matce, ulegał jej obietnicom, srodze każdorazowo się rozczarowując.

Któregoś dnia, po awanturze w domu dziecka, Joe wybił okno. Ten incydent spowodował, że został wydalony. Miał już szesnaście lat i opieka społeczna nie miała obowiązku udzielać mu wsparcia. Chłopiec zupełnie nie wiedział, co ze sobą zrobić, wszak w jednej chwili wyłudował na ulicy. Włamał się do domu matki pod nieobecność wszystkich i ukradł wszystko, co tylko mogło mu się przydać, demolując przy tym cały dom. Postanowił wyrwać się ze swojego dotychczasowego życia i wyjechać do Londynu, gdzie nikt nie będzie mógł go już znaleźć. Tam zaczął budować swojego życie od postaw. Było mu bardzo trudno, ale to, co przeżył za sprawą swojej rodziny, umocniło go na tyle, że był w stanie przeżyć bardzo wiele przeciwności losu. Po jakimś czasie spotkał miłość swojego życia, ożenił się i doczekał się piątki dzieci. Stara się być dla nich takim ojcem, jakim dla niego był jego tata.

14. „Wszyscy jesteśmy wyjątkowi”

Przytoczone dotychczas historie ukazują wyjątkowość osób, które doświadczyły cierpienia, przemocy, choroby psychicznej czy fizycznej. Każda historia to personalny dramat, ale to także lekcja, dzięki której można lepiej zrozumieć, jak sobie z tymi problemami radzić, jak minimalizować ból, cierpienie, uzależnienie i niemoc. Na zakończenie pragniemy przytoczyć wzruszającą opowieść o odmienności i związanym z tym cierpieniu, które w końcu zostało przekute w dobro. Bohater, który otrzymał tak wiele dobra od najbliższych, mimo swoich ułomności potrafi dzielić się nim z innymi. Sprawia, że choroba przestaje być ciężarem, a staje się atutem. Autorką powieści jest Raquel Jaramillo Palacio, książka została opublikowana w 2012 roku, a nosi tytuł – *Cudowny chłopak*⁵².

Jest to historia o wsparciu, przyjaźni, odpowiedzialności, empatii, ludzkiej dobroci, oprócz tego zapewnia dużą dawkę uśmiechu i wzruszenia. Opowieść niesie bardzo pozytywne przesłanie, uczy tolerancji i akceptacji drugiego człowieka.

52 R.J. Palacio, *Cudowny chłopak*, Warszawa 2018, s. 143. Skrót: RJ, numer strony.

Głównym bohaterem powieści jest 10-letni August, który na skutek rzadkiej mutacji genów ma całkowicie zdeformowaną twarz. Choruje na tzw. zespół Goldenhara⁵³:

Powiedziano im, że August cierpi na „nieznany wcześniej typ dyzostozy żuchwowo-twarzowej, wywołanej przez autosomalną mutację recesywną w genie TCOF1 zlokalizowanym na chromosomie piątym, z towarzyszącym połowicznym niedorozwojem twarzy, charakterystycznym dla zespołu Goldenhara”.

Chłopak ma świadomość tego, że jest inny, choć jednocześnie zaznacza, że owa inność to jedynie powierzchnia jego życia. Pod względem upodobań jest całkiem zwyczajny i niczym nie różni się rówieśników:

Wiem, że nie jestem zwykłym dziesięciolatkiem. To znaczy oczywiście, robię zwykle rzeczy. Jem lody, jeżdżę na rowerze, gram w piłkę, mam Xboxa. Pod tym względem jestem całkiem zwyczajny. Tak mi się wydaje. I tak czuję. W środku. Ale gdy zwykły dzieciak spojrzy na drugiego zwykłego dzieciaka, to przecież nie ucieka w wrzaskiem z placu zabaw. I ludzie nie wlepiają niego wzroku, gdziekolwiek się pojawi (RJ, 11).

W swoim życiu August przeszedł dwadzieścia siedem operacji. Rodzice, chcąc chronić syna przed światem, zapewniają mu edukację domową i otaczają potrzebnym wsparciem i pomocą. W domowym zaciszu nikt nie komentuje i nie zwraca uwagi na zdeformowaną twarz Auggiego. W pewnym momencie dochodzą jednak do wniosku, że najwyższa pora, aby chłopiec skonfrontował się ze światem, i postanawiają wysłać go do szkoły:

53 Bronisława Koraszewska-Matuszewska wyjaśnia, czym jest ta choroba: „Jest to zespół wrodzonych wad rozwojowych, który pojawia się już w chwili urodzenia. Jego przyczyną upatruje się w zaburzeniach ukrwienia w czasie rozwoju płodu. Większość przypadków jest sporadyczna, ale może również występować rodzinie u bliźniąt. Obraz kliniczny zespołu Goldenhara jest dość różnorodny. Spośród objawów ocznych w rogówce stwierdza się obecność skórzaka (dermoid), czasem mnogich skórzaków i podspojówkową torbiel (cysta) tłuszczowo-dermoidalną. Może im towarzyszyć wrodzony ubytek powieki dolnej i częściowe opadnięcie powieki górnej tego samego oka. Stwierdza się również osłabienie czucia rogówki, nieprawidłowości tęczy oraz zaćmę. W zespole tym bardzo rzadko występuje brak gałki ocznej lub małoocze oraz szczeliny tkanek wewnątrzgałkowych (np. błony naczyniowej). Oprócz objawów ocznych obserwuje się anomalie twarzoczaszki: małe małżowiny uszne lub ich całkowity brak, wyrostki przyuszne z przetoką uszną lub bez niej, małą, cofniętą żuchwę, połowiczny niedorozwój twarzy po stronie zmian ocznych i usznych, nadmiernie duże usta oraz deformacje kręgosłupa. Najczęściej nie wszystkie objawy występują jednocześnie”. Por. B. Koraszewska-Matuszewska, Zespół Goldenhara (zespół oczno-uszno-kręgosłupowy), <https://www.mp.pl/pacjent/okulistyka/innezagadnienia/95694,zespol-goldenhara-zespol-oczno-uszno-kręgosłupowy> [dostęp: 11.08.2021 r.].

- W tym roku byłoby lepiej – ciągnęła. – Wiesz dlaczego? Bo pójdziesz do piątej klasy, czyli ze wszystkimi dziećmi rozpoczniesz pierwszy rok nauki w szkole podstawowej średniej. Nie będziesz jedynym nowym uczniem.
- Za to jedynym, który ma taką twarz.
- Nie twierdź, że to nie będzie dla ciebie trudna próba, sam wiesz najlepiej. Ale dobrze na tym wyjdiesz, Auggie. Poznasz nowych kolegów. Nauczysz się rzeczy, których nie nauczyłbyś się ode mnie (RJ, 24).

Dotychczas szczęśliwy, radosny, niezwykle bystry, zabawny dzieciak, który uwielbia fizykę, „Gwiazdne wojny” i Halloween, musi wydorosnąć i zmierzyć się z kolejnym wyzwaniem, jakim jest rzeczywistość piątej klasy, a przede wszystkim reakcja rówieśników na swój niecodzienny wygląd oraz nauka samodzielnego nawiązywania przyjaźni. Na wstępie poznaje kilkoro uprzedzonych do niego uczniów; mają go zapoznać ze szkolną rzeczywistością i zademonstrować swoją akceptację dla odmienności Auggiego:

- Pytam, czy byli sympatyczni. Pan Tushman nie mógł się ich nachwalić.
- No... uhm. [...]
- Zdaje się, że Julian był wyjątkowo sympatyczny.
- On był najmniej sympatyczny. Za to polubiłem Jacka. Jest fajny. Myślałem, że ma na imię Jack Will, ale okazało się, że tylko Jack.
- Zaraz, zaraz, może mi się mylą. Jak się nazywa ten z ciemnymi włosami zaczesanymi do przodu?
- Julian.
- I on był niesympatyczny?
- Tak. – Aha. – Zastanowiła się chwilę. – Czyli to taki chłopak, który jest inny w obecności dorosłych i inny w obecności dzieci. Zgadza się?
- Chyba tak.
- Nie cierpię takich typków – oświadczyła mama, kręcąc głową.
- W którymś momencie spytał: „co ci się stało z twarzą?” – [...] „palil się twój dom czy co?” (RJ, 52).

W całej opowieści nie brakuje nieprzyjemnych sytuacji, w których prym wiedzie nietolerancja ze strony rówieśników, ocenianie, uprzedzenia, poniżenie, złośliwości i ciekawskie spojrzenia:

Poczwarą, paskuda, dziwoląg. E.T., małpolud, King Kong, Ropuch, mutant. Wiem, jak mnie przezywają. Chodziłem na wiele placów zabaw i przekonałem się, że dzieci mogą być wredne. Odczułem to na własnej skórze (RJ, 107).

Naprzeciw nim wychodzi jednak dobroć, wrażliwość, wyrozumiałość, zrozumienie, współczucie, przyjaźń, życzliwość oraz pełna akceptacja. Ale tak naprawdę Auggie nie potrzebuje specjalnego traktowania – chce tylko dorastać jak każde inne dziecko, poczuć smak normalności, bawić się z rówieśnikami, nie wzbudzać sensacji. Pragnie tylko akceptacji takiego jakim jest:

Przyszła Charlotte. Pomachała mi ręką i usiadła blisko tablicy. Nie rozumiałem, dlaczego wszyscy chcą siedzieć na samym przodzie.

– Cześć, kiwnąłem jej głową na powitanie.

Wtedy dostrzegłem Juliana, który siedział kilka stolików dalej od niej i rozmawiał z kolegami. Na pewno zobaczył mnie, ale się nie przywitał.

Nagle ktoś zajął krzesło koło mnie. To był Jack Will. To znaczy Jack.

– Siema – odezwał się i skinął głową.

– Cześć. – Pomachałem mu ręką i zaraz tego pożałowałem, bo wyszło sztywniacko (RJ, 58).

Ale to był tylko Jack. Inni omijali nowego ucznia – zarówno fizycznie, jak i unikając nawet kontaktu wzrokowego:

– Zobacz, Henry, jest jeszcze wolne miejsce. Może byś się tam przesiadł, dobrze? – zwróciła się do niego, podając mu teczkę i wskazując ławkę obok mnie.

Nie patrzyłem na Henry'ego, ale widziałem, że jest niezadowolony – wystarczająco wymowne było to, że włókł się w zółwim tempie i ciągnął po podłodze plecak, który potem cisnął na blat po prawej stronie, jakby chciał się ode mnie odgrodzić (RJ, 59).

Szkolne perypetie bohatera trwają. Spotyka się z dokuczaniem, niekiedy nawet okrucieństwem ze strony rówieśników. Niektórzy nauczyciele także są zakłopotani wyglądem nowego ucznia. Auggie poznaje to po tembrze głosu, nadmiernej „gadatliwości” czy uprzejmości. Ale są też pedagodzy, którzy widzą w nim ucznia klasy piątej, uczą go życiowych prawd i dostrzegania w drugim człowieku tego, co istotne. Pan Brown, nauczyciel angielskiego, przekazuje w każdym miesiącu ważne przesłania dla swoich podopiecznych, choćby takie: „Kiedy możesz dać dowód albo swojej racji, albo dobroci, daj dowód swojej dobroci” (RJ, 69), czy „Czy-nami wystawiasz sobie pomnik” (RJ, 89). Z czasem uczniowie przyzwyczajają się do nietypowego wyglądu Auggiego:

Gdzieś po tygodniu dzieciaki z mojej grupy przyzwyczyły się do mojego wyglądu. Z nimi spotykałem się codziennie, na wszystkich lekcjach.

Gdzieś po dwóch tygodniach przyzwyczyli się do mnie uczniowie z pozostałych piątych klas. Widywałem ich w stołówce, w sali gimnastycznej, na muzyce i na zajęciach komputerowych.

Gdzieś po miesiącu przyzwyczyła się do mnie cała szkoła, uczniowie niższych, średnich i wyższych klas. [...] Nikt nie wyglądał tak jak ja (RJ, 86).

W tej wzruszającej opowieści poznajemy też punkt widzenia starszej siostry bohatera, Olivii, a zwłaszcza jej bezgraniczną miłość do brata, walkę o jego dobro, a zarazem walkę z własnymi problemami nastolatki:

Nigdy nie widziałam Augusta takim, jakim widzieli go inni ludzie. Zdawałam sobie sprawę, że wygląda nie całkiem normalnie, ale nie potrafiłam zrozumieć, dlaczego jego widok wywołuje u obcych szok. Przerażenie. Odrażę. Lęk. Jest bardzo dużo słów, którymi mogłabym opisać odczucia na twarzach ludzi. Przez długi czas nie mieściło mi się to w głowie. Od razu się wściekałam. Dostawałam szału, gdy się przyglądali i gdy odwracali wzrok. „Kurczę, na co się tak gapiacie?”, mówiłam, nawet dorosłym (RJ, 118).

Wiemy też co myśli i odczuwa chłopak Olivii – Justin:

W domu Olivii wszyscy ciągle mówią sobie nawzajem, że się kochają, nie przypominam sobie, kiedy w moim domu ktoś mi to powiedział. Gdy wychodzę stamtąd, nie mam już tików (RJ, 256),

Jej (była) przyjaciółka Miranda lubiła Augusta. Z chłopakiem zaprzyjaźnili się zaś Summer i Jack Will. Przepiękna jest ponadto przemiana Henry’ego i Miles’a – chłopców, którzy od początku nie wykazywali akceptacji dla Augusta, oceniając wygląd i jego samego bardzo surowo. Ostatecznie w najbardziej niebezpiecznym dla chłopca momencie stanęli na wysokości zadania i obronili słabszego kolegę:

- Idziemy stąd – szepnął Jack, pociągnął mnie za rękaw i zrobił parę kroków.
 - Zaraz, zaraz! – wydarł się ten z latarką i zagroził nam drogę. Znowu wycelował latarkę w moją twarz. Teraz stał może cztery kroki ode mnie. – O rany! O rany! – powtarzał, rozdziewiając usta i kręcąc głową. – Co ci się stało w twarz?
 - Przestań, Eddie – odezwała się jedna z dziewczyn.
 - Nie spodziewałem się, że będziemy dzisiaj oglądać *Władcę pierścieni*! Popatrzcie, mamy tu Golluma!
- Jego kumple zarechotali śmiechem.

Znów próbowaliśmy odejść, ale ten Eddie znów zagroził nam drogę. Był co najmniej o głowę wyższy od Jacka, który był o głowę wyższy ode mnie, więc dla mnie ten gość był ogromny.

– Co ty! Oglądamy *Obcego!* – powiedział jeden z chłopaków.

– Nie, nie chłopie, to ork! – Eddie zaśmiał się i skierował na mnie latarkę, stając tuż przed nami.

– Zostaw go! – krzyknął Jack i odepchnął rękę, w której tamten trzymał latarkę.

– Może mnie zmusisz? – rzucił Eddie, oświetlając Jacka.

– Co ci się nie podoba, kolo? – zapytał Jack.

– Twój chłoptys mi się nie podoba!

– Idziemy, Jack. – Pociągnąłem go za rękę.

– O rany, to coś gada! – wykrzyknął Eddie, znowu świecąc mi w twarz.

Wtedy jeden z chłopaków rzucił nam pod nogi petardę.

Gdy Jack chciał się przecisnąć obok Eddiego, ten uderzył go obiema rękami w barki, popchnął i przewrócił na plecy. [...]

– Cześć, kolo. Co się dzieje? – rozległ się jakiś inny głos za naszymi plecami.

Eddie szybko się odwrócił i skierował latarkę na mówiącego. Przez chwilę nie wierzyłem własnym oczom.

– Zostaw ich, kolo – odezwał się Amos, za którymi stali Miles i Henry (RJ, 353).

Finalnie kontakt rówieśników z nowym, „innym” kolegą okazał się wartościowy – odmienił ich myślenie, postawę i otworzył umysł na „inność”.

Powieść *Cudowny chłopak* to piękna i mądra historia o potędze miłości, akceptacji, o uczuciach ważnych w życiu dziecka. To niezwykle ważne, ponieważ warto pamiętać, że gdy są one obecne, wyrosnie z niego szczęśliwy młody człowiek. Napelnianie emocjonalnych zbiorników dziecka należy do nas, rodziców, opiekunów, a czynność ta jest ważna, bo pozwala mu śmiało patrzeć w przyszłość. Młody człowiek już wie, że fizyczność i pewne ułomności nie są ważne, jeśli jego poczucie wartości jest odpowiednie – dzięki czemu potrafi być szczęśliwy w swoim ciele, niezależnie od tego, jakie jest. To piękna lekcja poświęcona akceptacji tego, co powierzchowne, pokazująca, że najwyższa wartość człowieka kryje się w jego wnętrzu.

Zakończenie

Ludzie od wieków przejawiali ogromny strach wobec chorób psychicznych. Tak wielki, że z jednej strony próbują zaprzeczać ich istnieniu, tłumacząc sobie na różne sposoby zachowania odbiegające od normy i próbując stworzyć o nich różnorakie dodatkowe teorie łagodzące przerażający ich wyrok, z drugiej zaś odcinając się od tych, którzy utracili kontrolę nad swoim zachowaniem i nie umieją w żaden sposób go zrationalizować. W naszym społeczeństwie coraz częściej dostrzega się osoby chore psychicznie lub z zaburzeniami albo po prostu chore, np. na cukrzycę czy nowotwór. Zwiększa się społeczna świadomość tych problemów, dlatego rzadziej piętnuje się ludzi, którzy korzystają z usług psychiatrii. Choć prawdą jest, że mimo zmian nadal u niektórych pokutuje przekonanie, że psychiatra to lekarz od tzw. czubków, dlatego pójście do niego na wizytę wiąże się z poczuciem wstydu.

Celem niniejszej książki było przybliżenie przypadków i historii osób, które mają lub miały do czynienia z szeregiem różnych problemów zaliczanych do szerokiego grona zaburzeń psychicznych. Te osoby nie różnią się bardzo od nas. Żyją wśród nas, obok nas, a zrządzenie losu lub splot pewnych okoliczności może sprawić, że do nich dołączymy, nawet jeśli nigdy nie myśleliśmy, że to w ogóle możliwe. Prezentując różne przykłady postaci z książek beletrystycznych i filmów, autorki pragnęły zaproponować czytelnikom inne spojrzenie na ich bohaterów, których losy można interpretować w kategoriach określonych schorzeń, mających swe umocowanie w twardych danych medycznych. Mimo iż świat ten wydaje się czasami straszny, często bardzo wzbogaca nas samych.

Anthony, chłopiec z nisko funkcjonującym autyzmem, pokazuje nam jak wygląda świat dziecka, które ma problem z porozumiewaniem się z najbliższymi, a przy tym ma całkiem normalną inteligencję. Jeszcze piękniej pokazuje to Jodi Picoult opisując od strony Jacoba jego świat przypominający świat osoby, która znalazła się bez znajomości języka na obcej planecie. Annika i Eric Lomax to osoby z wysoko i bardzo wysoko

funkcjonującym autyzmem. Oni dobrze, lub jak Annika, względnie dobrze radzą sobie w świecie, ale potrzebują przewodników, którzy im to ułatwiają. W historii Anniki zauważamy, jak skomplikowane są relacje erotyczne dla osób, które cechuje nadwrażliwość sensoryczna. W historii Erica Lomaxa można zobaczyć, jak PTSD nakłada się na objawy bardzo wysoko funkcjonującego autyzmu.

W historii Jodi z książki *Skrzywdzona* widać, jak trudno jest diagnozować w sytuacji, gdy dziecko jest tak skrzywdzone, że wiele różnych aspektów nakłada się w jego przeżywaniu. Możemy tutaj mówić i o zaburzeniach zachowania, ale też o PTSD oraz zaburzeniach wydalania.

Bardzo ciekawe dla diagnozującego są doświadczenia Nathaniela z filmu „Solista”. Bohater nie ma potrzeby leczenia się ze schizofrenii, a oglądający jego historię nie jest pewien, jak należy się w takiej sytuacji zachować. To znowu pokazanie sytuacji osoby chorej z drugiej strony, z jego punktu widzenia.

Ciekawymi spojrzeniami na zaburzenia posttraumatyczne są historie Alice, Petera, Jolene, dra Kazanowicza i Erica Lomaxa. Każda z tych historii, oprócz obserwowania objawów przez czytelnika, pokazuje też świat od strony bohatera. Uwidacznia, jak ogromny ślad zostawia trauma w człowieku, jak bardzo zmienia jego życie i postrzeganie innych.

Niezwykle interesującym zjawiskiem, które przewija się na kartach niektórych z prezentowanych książek, jest zjawisko rezyliencji. Termin ten sam w sobie oznacza zdolność adaptacji do zmian zachodzących w naszym otoczeniu. Ma na celu ułatwić radzenie sobie ze stresem, trudnościami i przeciwnościami losu. Rezyliencja „jest siłą znajdującą się wewnątrz każdego, siłą, która popycha do poszukiwania samoaktualizacji, do altruizmu, mądrości i harmonii z duchowym źródłem siły”¹. Gdyby nie ta zdolność, siła woli i chęć przetrwania, wielu bohaterów prezentowanych utworów literackich czy filmów, wstrząsających autobiografii, zapewne nie przetrwałoby. To wola życia, chęć przetrwania, niezwykle umiejętności ludzkiego organizmu dostosowania się do nieludzkich warunków, pozwalały bohaterom przetrwać piekło codzienności. Viktor Emanuel Frankl, filozof, twórca nurtu zwanego logoterapią, więzień obozów nazistowskich, powiedział kiedyś: „Powiedz mi ‘po co’, a zniosę każde

1 I. Sikorska, J. Sajdera, M. Paluch-Chrabąszcz, *Dzielne dzieci. Wspieranie odporności psychicznej w wieku przedszkolnym*, Kraków 2017, s. 11.

‘jak’”. Można podejrzewać, że zmagające się z wyzwaniem dzieci, nieświadome takich przemyśleń, intuicyjnie działały w ten właśnie sposób. Chciały być wolne, syte, kochane. I dla tych wartości, tak oczywistych zdawałoby się dla każdego dzieciństwa, człowieka, trwały. I czekały na lepszy czas. To wszystkie opisywane przypadki dzieci maltretowanych fizycznie i psychicznie, bitych, głodzonych, wykorzystywanych seksualnie, odtrącanych, pozbawianych choćby odrobiny uczucia. Uczucia niezbędnego do życia, funkcjonowania, wzrostu. Już badania z poprzedniego stulecia udowodniły², że dla naczelnych (nie mówiąc o *homo sapiens*) czuły dotyk matki, możliwość przytulenia się czy pogłaskania przez nią są ważniejsze niż regularne dostarczanie pożywienia. Bohaterowie opisywanych książek byli tego najczęściej pozbawiani, trudno więc dziwić się ich trudnościom w późniejszym, dorosłym funkcjonowaniu i przystosowaniu.

„Spowodowane niekorzystnymi wydarzeniami w dzieciństwie zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (np. zmiany w regulacji osi przysadka-podwzgórze-nadnercza) mogą dać w efekcie zaburzenia afektywne w późniejszych latach życia”³. O tych i podobnych zaburzeniach opowiadają prezentowani w książce bohaterowie. W książce *Chuda* Jessica zaprasza nas do swojego świata przeżywania zaburzeń odżywiania. Lisa Genova opisuje w swoich książkach zaburzenia neuropoznawcze, pokazując świat osób, które utraciły pewne swoje umiejętności, dla wielu z nas

-
- 2 Harry Harlow to znany amerykański naukowiec (psycholog), który przez lata prowadził badania dotyczący wpływu dotyku na rozwój ssaków. Jego najbardziej znane badanie, nazwane „eksperymentem Harlowa”, przeprowadzone zostało na makakach królewskich (znanych także jako rezusy). Polegało na separacji młodych osobników od biologicznych matek i obserwacji ich zachowań w środowisku sztucznym, w którym rolę matki pełniły kukły. Grupy badawcze były dzielone na dwie. W pierwszym przypadku matką była prosta kukła w postaci walca z drutu. W drugim matką była kukielka przypominająca z grubsza rezusa, obleczonea miękkim i przyjemnym w dotyku materiałem. Badania prowadzone były przez szereg lat. Głównie celem była obserwacja młodych małp w różnych środowiskach, wpływ „matek” (kukiel) na ich zachowanie oraz wpływ jaki takie wychowanie ma na ich późniejsze życie i macierzyństwo. Zaobserwowano, że małpki za każdym razem wybierały kontakt z „miękką” kuklą, przedkładając jej towarzystwo ponad drucianą, nawet w sytuacji gdy w klatce znajdowały się obie ale tylko druciana wyposażona była w butelkę z pożywieniem. Rezusy do jedzenia podchodziły jedynie w sytuacji gdy musiały, resztę czasu spędzając przy drugiej kukle. Podobnie zachowywały się w sytuacji stresowej. Małpki straszono, a te doprowadzone do wyjątkowo dużego stresu wybierały zawsze miękką kukłę, w którą wtulały się kurczowo. Za: Szokujące eksperymenty Harrego Harlowa, 27 listopada 2020, <https://masaz-shantala.pl/szokujace-badanie-harrego-harlowa/> [dostęp: 19.02.2023]
 - 3 I. Sikorska, J. Sajdera, M. Paluch-Chrabąszcz, *Dzielne dzieci. Wspieranie odporności psychicznej w wieku przedszkolnym*, op. cit., s. 15.

wydające się oczywiste. Autorka zaprasza do refleksji nad tym, jak wiele traci człowiek, kiedy zniszczeniu ulega nawet niewielka część jego mózgu.

W rozdziale dotyczącym zaburzeń osobowości pokazano niektóre spośród tych zaburzeń, które są bardzo częste w populacji. Osoby z zaburzeniami osobowości często normalnie funkcjonują w swojej pracy, życiu osobistym; jednak ich problemy bywają niszczące, jak np. u Adama z filmu „Dzień Świra”. Czasami ich zaburzenia mogą paradoksalnie pomóc w poradzeniu sobie w sytuacji ekstremalnie nienormalnej, jak w przypadku Oskara Schindlera z filmu „Lista Schindlera”.

Omówiona beletrystyka oraz filmy nie zostały wybrane przypadkowo. Istotne wydaje się napomnienie, że twórców tych dzieł łączy zazwyczaj jedna ważna cecha – wykazują się kompetencją z zakresu problemów, które przedstawiają w swoich dziełach. Jodi Picoult jest z wykształcenia pedagogiem, Cathy Glass – pracownicą socjalną, Lisa Genova to z kolei neuropsycholożka. Te okoliczności czynią ich książki bardziej przekonujące, co stanowiło znaczące kryterium w trakcie weryfikacji literatury. Z tego powodu wszystkie wybrane dzieła należy uznać za ważne z naszego punktu widzenia teksty kultury. Przytoczone powyżej konkretne opisane przez autorki zaburzenia występujące u prezentowanych w książkach i filmach osób są odpowiedzią na postawione we wstępie pytanie badawcze: „Jakie objawy opisywanych przez podręcznik DSM-5 zaburzeń psychicznych mają bohaterowie wybranych książek beletrystycznych i filmów?”

Wydaje się, że cel, jaki postawiły sobie autorki niniejszej pracy, został spełniony. W najbliższej przyszłości może powstać więcej tego typu rozpraw, bowiem temat jest ciągle niewyczerpany. Istnieje dziś wiele książek, w których różne zaburzenia i schorzenia psychiczne są przedstawione w sposób rzetelny i lapidarny, ale nie można zignorować faktu, że ciągle powstają książki typu beletrystycznego, odnoszące się bezpośrednio do tych samych kwestii. Przypuszczalnie każda z tych pozycji zasługuje na fachowe omówienie.

Bibliografia

Literatura naukowa

- Andralojć M., Ziarko M., *Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości*, [w:] *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, red. L. Cierpiałkowska, E. Soroko, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014.
- Briere J., Scott C., *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne*, przeł. P. Nowak, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2010.
- Bryant R.A., Harvey A.G., *Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia*, przeł. J. Suchecki, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2003.
- Butcher J.N., Hooley J.M., Mineka S., *Psychologia zaburzeń. DSM-5*, przeł. S. Pikiel, A. Sawicka-Chrapkiewicz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2017.
- Cameron A.D., *Psychiatria*, red. S.K. Sidorowicz, przeł. M. Grzesiak, M. Kantarska-Janiec, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2011.
- Czernikiewicz A., Woźniak T., *Jąkanie a fobia społeczna – główne zagadnienia terapii biologicznej fobii społecznej*, „Logopedia” 2018, nr 47.
- Cierpiałkowska L., *Psychopatologia*, wyd. 3, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2011.
- Cierpiałkowska L., *Zaburzenie osobowości borderline*, [w:] *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, red. L. Cierpiałkowska, E. Soroko, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014.
- Courtois Ch.A., *Complex Trauma, Complex Reaction. Assesment and Treatment*, „Psychological Trauma Theory, Research, Practice and Policy” 2008, nr 1.
- Cummings J.L., Mega M.S., *Neuropsychiatria*, przeł. B. Gmiński *et al.*, red. M. Rydzewski, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005.
- Demuru A., Longobardi C., Prino L.E., Settanni M., *Resilience, anxiety, and depression in amyotrophic lateral sclerosis patients*, „Psychiatryczna Psychologia Kliniczna”, 19(2019), nr 4, s. 365–369.
- Dera N., Gruszczyński W., *Problemy medyczne agresji i przemocy w rodzinie* [w:] Forum Dyskusyjne, 2011,
- Dittmann V., Ermer A., Stieglitz R.-D., *Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych*, [w:] *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, red. H.J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, przeł. A. Bilikiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Domagała-Zyśk E., *Metoda fonogestów w Stanach Zjednoczonych i w Polsce*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2009

- Dudek B., *Zaburzenia po stresie traumatycznym. Cena strachu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Dunaj J., Tarkowski Z., *Wczesnodziecięca niepłynność mówienia – opis przypadku*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2011, nr 11.
- Florek-Moskal M., *Epidemia milczenia*, „Wprost” 2006, nr 25.
- Freyberger H.J., Schneider W., *Zaburzenia psychosomatyczne*, [w:] *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, red. H.J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, przeł. A. Bilikiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Gaebel W., *Schizofrenie i zaburzenia urojeniowe*, [w:] *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, red. H.J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, przeł. A. Bilikiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Gleiser C., Ford J.D., *Contrasting Exposure and Experiential Therapies for Complex Posttraumatic Stress Disorder*, „Psychological Trauma Theory, Research, Practice and Policy” 2008, nr 3.
- Gościński J., *Narcystyczne zaburzenie osobowości*, [w:] *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, red. L. Cierpiałkowska, E. Soroko, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014.
- Gutzman H., Schaub R.T., *Organiczne i objawowe zaburzenia psychiczne*, [w:] *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, red. H.J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, przeł. A. Bilikiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Herzyk A., *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, Lublin 1992.
- Ilg F.L., Ames L.B., Baker S.M., *Rozwój psychiczny dziecka. Od 0 do 10 lat. Poradnik dla rodziców, psychologów i lekarzy*, przeł. M. Przyłipiak, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1992.
- Jak rozpoznać dziecko krzywdzone. Poradnik dla osób pracujących z dziećmi i młodzieżą*, red. A. Grajcarek, Wydawnictwo Ad Vocem, Kraków 2014.
- Janik I., *Mutyzm dziecięcy*, [w:] *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*, red. A. Skibska, D. Larysz, Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej, Bielsko-Biała 2012.
- Jastrzębowska G., *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci w świetle kategoryzacji międzynarodowych (ICD-10 i DSM-IV)*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2001.
- Neurologia dziecięca w praktyce*, red. S. Józwiak, R. Michałowicz, Wydawnictwo BIFolium, Lublin 2001.
- Kaplan H.I., Sadock B.J., Sadock V.A., *Psychiatria kliniczna*, przeł. M. Grzesiak et al., wyd. 2, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2004.
- Kendall P.C., *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, przeł. J. Kowalczevska, GWP, Gdańsk 2004.
- Kepiński A., *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1972.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, przeł. J. Wciórka, red. S. Pużyński, J. Wciórka, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków–Warszawa 1998.

- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, przeł. J. Wciórka, red. S. Pużyński, J. Wciórka, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków–Warszawa 2000.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Uniwersyteckie Wyd. Med. „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 1997.
- Klasyfikacja Diagnostyczna DC: 0-3 R*, Wydawnictwo Fundament, Warszawa, 2005.
- Kryteria Diagnostyczne według DSM-IV-TR*, przeł. Z. Pelc, J. Wciórka, red. J. Wciórka, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
- Kolakowski A., Dąbrowska I., *Boję się mówić! Mutyzm, fobia społeczna – diagnoza i terapia*, Kraków 2014.
- Kostecka W., *Dziecko i jękanie. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i logopedów*, Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin 2000.
- Krakowiak K., *Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży*, ORE, Warszawa 2017.
- Kryteria Diagnostyczne z DSM-V*, Urban E. & Partner, Wrocław 2015.
- Knölker U., Schulte-Markwort M., *Zaburzenia psychiczne wieku dziecięcego i młodzieńczego*, [w:] *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, red. H.J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, przeł. A. Bilikiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Grabias S. (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2015.
- Józefik B., (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Wyd. UJ, Kraków 1999.
- Kubiszewska J., Kwieciński H., *Stwardnienie boczne zanikowe*, „Postępy Nauk Medycznych” 6 (2010), s. 440-448.
- Luxenberg T., Spinazzola J., Hidalgo J. i wsp.: *Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS)*. Part two: treatment. *Directions in Psychiatry* 2001; 21: 395-414.
- Marcelli D., *Psychopatologia wieku dziecięcego*, przeł. E. Bielańska, A. Gardziel, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2013.
- McHolm A.E., Cunningham Ch.E., Vanier M.K., *Helping your child with Selective Mutism. Practical steps to overcome a fear of speaking*, New Harbinger Publications, Oakland 2005.
- McNally R. J., *Conceptual Problems with the DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder*, [w:] *Posttraumatic Stress Disorder. Issues and Controversies*, red. G.M. Rosen, John Wiley & Sons, West Sussex 2004.
- Minczakiewicz E.M., *Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1996.
- Millon T., Davis R., *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, przeł. J. Kotlicka, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2005.
- Morrison J., *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, przeł. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- Namysłowska I., *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

- Oldham J.M., Morris L.B., *Twój psychologiczny autoportret*, przeł. A. Bielik, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2018.
- Pierzchała A., Wiśniewska K., *Mutyzm wybiórczy z perspektywy poradni psychologiczno-pedagogicznej*, „Forum Logopedy” 2015, nr 9.
- Plichta P., Jagoszewska I., Gładyszewska-Cylulko J., Szczupał B., Drzazga A., Cytowska B., *Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z niepełnosprawnościami. Charakterystyka, specyfika edukacji i wsparcie*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2017.
- Póltawska W., *I boję się snów. . .*, Oficyna Wydawnicza JAXA, Kraków 1993.
- Puri B.K., Treasaden I.H., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*, przeł. M. Łabędzka, red. J. Rybakowski, F. Rybakowski, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014.
- Radomska A., Jankowska A., *W fortocy milczenia*, „Charaktery” 2000, nr 4.
- Reutt N., *Z zagadnień dziecięcego mutyzmu*, „Logopedia – Zagadnienia Kultury Żywego Słowa” 1971, nr 10.
- Rittenhouse J., *Using Eye Movement Desensitization and Reprocessing to Treat Complex PTSD in a Biracial Client*, „Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology” 2000, nr 4.
- Rubinowicz-Zasada M., Orczyk A., Orczyk M., Pasek J., *Stwardnienie boczne zanikowe – choroba neuronu ruchowego. Prezentacja przypadku*, „Pediatria Rodzinna”, 11 (2015), nr 1, s.112-118.
- Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., *Psychopatologia*, przeł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.
- Seredyńska A., *Complex-PTSD i zaburzenie osobowości z pogranicza w diagnozie osób z doświadczeniem przemocy w dzieciństwie*, [w:] *Wspomaganie funkcjonowania psychospołecznego osób z niepełnosprawnością*, red. B. Grochmal-Bach, M. Alberska, A. Grzebinoga, Wydawnictwo WAM, Kraków 2012.
- Seredyńska A., *C-PTSD u pacjentów z historią przemocy wewnątrzrodzinnej*, [w:] *W labiryncie wychowania*, red. B. Stańkowski, M. Szpringer, Wydawnictwo WAM, Kraków 2013.
- Seredyńska A., *Od zaburzeń zachowania do zaburzeń osobowości*, Akademia Ignatianum w Krakowie, Wydawnictwo WAM, Kraków 2016.
- Sikorska I., Sajdera J., Paluch-Chrabąszcz M., *Dzielne dzieci. Wspieranie odporności psychicznej w wieku przedszkolnym*, Kraków 2017.
- Skoczek A., *Mutyzm. Zagadnienia teorii i praktyki*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2017.
- Stratford B., *Zespół Downa. Przeszłość. Teraźniejszość. Przyszłość*, przeł. E. Zdzienicka, B. Mroziak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.
- Sykułska K., *Mutyzm a zaburzenia dysocjacyjne*. Wystąpienie na II Łódzkim Seminarium Logopedycznym, Łódź 2016.
- Urbaniuk J., *Dziecko z fobią społeczną*, [w:] *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, red. B. Winczura, A. Stawarski, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008.
- Urbaniuk J., *Dziecko z mutyzmem wybiórczym*, [w:] *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, red. B. Winczura, A. Stawarski, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2013.
- Walczykowska K., *Mutyzm wybiórczy w praktyce pedagogicznej*, „Edukacja i Dialog” 2006, nr 3.
- Walsh K., Darby D., *Neuropsychologia kliniczna Walsha*, przeł. B. Mroziak, wyd. 2 poszerz., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.

- Warmuz-Warmuzińska E., *Filmoterapia w edukacji i terapii dzieci i młodzieży szkolnej oraz dorosłych*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013.
- Wedding D., Boyd M. A., Niemiec R. M., *Kino i choroby psychiczne. Filmy, które pomagają zrozumieć zaburzenia psychiczne*, tłum. K. Strzałkowska, Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa 2014.
- Wołowicz-Ruszkowska A., *Wsparcie osób z upośledzeniem umysłowym. Podręcznik dobrych praktyk*, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2012.
- Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, red. T. Wolańczyk, J. Komender, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, red. A. Gmitrowicz, M. Janas-Kozik, Medical Tribune Polska, Warszawa 2018.
- Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży*, red. B. Remberk, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
- Zasępa E., *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną. Procesy poznawcze*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2017.

Literatura beletrystyczna

- Bollag F., *Wyszedł z krainy ciszy. Historia głuchoniemej dziewczyny, która odzyskała słuch*, Wydawnictwo Klub dla Ciebie, Warszawa 2007.
- Campbell B.M., *Podwójne życie mojej córki*, przeł. A. Gralak, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007.
- Chądzyńska Z., *Wstęga pawilonu*, Wydawnictwo Siedmioróg, Wrocław 2000.
- Craig M., *Błogosławieństwa*, przeł. F.M. Żeromska, Wydawnictwo Księża Marianów, Warszawa 1986.
- Crisuolo J., *Słońce świeci dla wszystkich*, przeł. K. Czyżewski, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 1977.
- Donoghue E., *Pokój*, przeł. E. Borówka, Wydawnictwo Sonia Draga, Katowice 2011.
- Edwards K., *Córka opiekuna wspomnień*, Wydawnictwo Videograf, Chorzów 2011.
- Fathallah J., *Chuda*, przeł. M. Zielińska, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007.
- Garvis Graves T., *Dziewczyna, którą znał*, przeł. P. Raganowicz, Wydawnictwo Ateneum, Oświęcim 2019.
- Genova L., *Lewa strona życia*, przeł. A. Kalus, Wydawnictwo Filia, Warszawa 2018.
- Genova L., *Motyl*, przeł. E. Dunajski, Wydawnictwo Filia, Warszawa 2011.
- Genova L., *Sekret O'Brienów*, przeł. J. Dziubińska, Wydawnictwo Filia, Poznań 2015.
- Genova L., *Kochając syna*, przeł. J. Dziubińska, Wydawnictwo Filia, 2014.
- Genova L., *Życie za wszelką cenę*, przeł. J. Dziubińska, Wydawnictwo Filia, Warszawa 2019.
- Glass C., *Skrzywdzona*, przeł. M. Osip-Pokrywka, Wydawnictwo Hachette Polska, Warszawa 2007.
- Gregory J., *Mama kazała mi chorować*, Wydawnictwo Amber, Warszawa 2017.
- Guenard T., *Silniejszy od nienawiści*, przeł. J. i K. Błoński, Wydawnictwo Znak, Kraków 2003.

- Hannah K., *Na domowym froncie*, przeł. A. Zielińska, Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa 2014.
- Hassenmüller H., *Dobranoc, słonko*, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 2004.
- Hassenmüller H., *Niemcy śmiech*, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 2005.
- Kaczyńska A., *Helena Keller*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1985.
- Kampusch N., *3096 dni*, Wydawnictwo Sonia Draga, Katowice 2011.
- Keller H., *Historia mego życia*, przeł. J. Sujkowska, Czytelnik, Warszawa 1978.
- Lomax E., *Droga do zapomnienia*, przeł. D. Malina, Wydawnictwo Znak, Kraków 2017.
- Matthews K., *Wszystko pamiętam, tatusiu*, Wydawnictwo Amber, Warszawa 2018.
- Opowieści terapeutów*, red. H. Olechowicz, WSiP, Warszawa 1997.
- Opfer H., *Kato-tata. Nie-pamiętnik*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011.
- Opfer H., *Monidło. Życie po kato-tacie*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011.
- Palacio R.J., *Cudowny chłopak*, Wydawnictwo Albatros, Warszawa 2018.
- Pelzer D., *Dziecko zwane „niczym”, czyli dziecięca wola przetrwania*, Prószyński i S-ka, Warszawa 1995.
- Picoult J., *Dziewiętnaście minut*, przeł. K. Kasterka, Prószyński i S-ka, Warszawa 2009.
- Picoult J., *W naszym domu*, przeł. M. Juszkiewicz, Prószyński i S-ka, Warszawa 2011.
- Reiland R., *Uratuj mnie*, przeł. K. Puławski, Media Rodzina, Poznań 2010.
- Sebold A., *Szczęściara*, przeł. M. Grabowska, Wydawnictwo Albatros, Warszawa 2004.
- Schiller L., Bennet A., *Cichy pokój*, Wydawnictwo Hachette Polska, Warszawa 2014.
- Terakowska D., *Poczwarzka*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001.
- Watson C., *Dziewczynka, która przestała mówić*, Wydawnictwo Amber, Warszawa 2018.

Filmy

- „Dom” (serial), reż. J. Łomnicki, Polska 1980-2000.
- „Droga do zapomnienia”, reż. J. Teplitzky, Australia–Szwajcaria–Wielka Brytania 2013.
- „Dzień świra”, reż. M. Koterski, Polska 2002.
- „Lista Schindlera”, reż. S. Spielberg, Stany Zjednoczone 1993.
- „Motyl Still Alice”, reż. R. Glatzer, Francja–Stany Zjednoczone 2014.
- „Solista”, reż. J. Wright, Francja–Stany Zjednoczone–Wielka Brytania 2009.

Źródła internetowe:

- American Psychiatric Association DSM-5 Development, <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> [dostęp: 07.06.2015].
- Bloch-Gnych A., *Syndrom sztokholmski w relacjach międzyludzkich*, „Niebieska Linia” 2010, nr 4, <https://www.niebieskalinia.pl/aktualnosci/aktualnosci/syndrom-sztokholmski-w-relacjach-miedzyludzkich> [dostęp: 16.08.2021].

- Bonarska M., *Niepelnosprawność intelektualna*, http://www.effectis.edu.pl/ckeditor/attachment_files/data/000/000/433/original/niepelnosprawnos.pdf [dostęp: 17.12.2019].
<https://www.centrum-psychologii.pl/zaburzenia-odzywiania> [dostęp: 19.02.2023]
<https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/literatura;3933197.html>, [dostęp: 06.03.2023].
<https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/film;4008247.html>, [dostęp: 06.03.2023].
- Informacje pochodzące ze strony Selective Mutism Foundation, <http://www.selectivemutism-foundation.org/info-on-selective-mutism/view-sm-in-the-dsm> [dostęp: 07.06.2015].
- Majewska M., *Polio – choroba Heinego-Medina. Przyczyny, objawy, leczenie*, <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/choroby-zakazne/choroba-heinego-medina-polio-przyczyny-objawy-leczenie-aa-vbNm-3r3k-7FLv.html> [dostęp: 04.10.2021].
- Nęcki T., *Schizofrenia u dzieci. Objawy, przyczyny, leczenie i rokowania*, <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/psychiatria/schizofrenia-u-dzieci-objawy-przyczyny-leczenie-i-rokowania-aa-gnEC-qyL4-9CGY.html> [dostęp: 25.09.2021].
- [Redakcja], *Przeniesiony zespół Münchhausena*, <https://www.medonet.pl/ciaza-i-dziecko/rozwoj-dziecka,przeniesiony-zespol-munchausena,artykul,1652207.html> [dostęp: 06.10.2021].
- Shipon-Blum E., *What is selective mutism*, <http://www.selectivemutismcenter.org/aboutus/whatisselectivemutism> [dostęp: 06.06.2015].
- SMA. Selective Mutism Association, *What is Selective Mutism?*, <https://www.selectivemutism.org/what-is-sm/> [dostęp: 06.06.2015].
- SMA. Selective Mutism Association, *View Selective Mutism in the DSM*, <http://www.selectivemutismfoundation.org/info-on-selective-mutism/view-sm-in-the-dsm> [dostęp: 07.06.2015].
- Szukujące eksperymenty Harrego Harłowa*, 27 listopada 2020, <https://masaz-shantala.pl/szukajace-badanie-harrego-harlowa/> [dostęp: 19.02.2023]
- Tytko O., *Zaburzenia odżywiania oblicza znane i mniej znane*, [w:] *Cywilizacja zdrowia*, red. M. Warchał, 2016, [dostęp: 19.02.2023]

Spis tabel

1. Czynniki wpływające na pojawienie się objawów mutyzmu wybiórczego u dziecka	32
2. Klasyfikacja stopni ubytków słuchu wg BIAP	41
3. Wybrane choroby i stany, które mogą być przyczyną zaburzeń psychicznych o podłożu organicznym	46
4. Różnice w podejściu do niepełnosprawności intelektualnej	48
5. Zestawienie wartości liczbowych dla poszczególnych stopni niepełnosprawności intelektualnej według ICD-10 i DSM-V	52
6. Kategorie diagnostyczne zaburzeń depresyjnych wg ICD-10	63
7. Najczęstsze objawy somatyzacyjne	87
9. Objawy autyzmu u Anthony'ego z książki: Lisa Genova, <i>Kochając syna</i>	130
10. Objawy autyzmu u Jacoba z książki: Jodi Picoult, <i>W naszym domu</i>	138
11. Objawy autyzmu u Anniki z książki T. Garvis-Graves, <i>Dziewczyna, którą znał</i>	145
12. Objawy autyzmu u Erica Lomaxa z książki: E. Lomax, <i>Droga do zapomnienia</i>	149
13. Objawy zaburzeń zachowania i innych u Jodie z książki: C. Glass, <i>Skrzywdzona</i>	156
14. Zaburzenia inne u Heleny Keller z książek: H. Keller, <i>Historia mego życia</i> oraz A. Kaczyńska, <i>Helena Keller</i>	161
15. Zaburzenia inne u dzieci z mutyzmem z książek: H. Hassenmüller, <i>Niemy śmiech</i> oraz C. Watson, <i>Dziewczynka, która przestała mówić</i>	174
16. Zaburzenia płynności mowy (jąkanie) na podstawie książki <i>Wstęga pawilonu</i> Z. Chądzyńskiej	178
17. Zaburzenia słuchu Fiony z książki: F. Bollag, <i>Wyszłam z krainy ciszy</i>	181
18. Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych na podstawie książki: J. Criscuolo, <i>Słońce świeci dla wszystkich</i>	185
19. Upośledzenie umysłowe u dzieci na podstawie książek: K. Edwards, <i>Córka opiekuna wspomnień</i> , D. Terakowska, <i>Poczwarzka</i> oraz M. Craig, <i>Błogosławieństwa</i>	202

20. Objawy schizofrenii u Nathaniela Ayers z filmu „Solista” (2009)	205
21. Objawy schizofrenii młodzieńczej u Lori, bohaterki powieści <i>Cichy pokój</i>	212
22. Objawy zaburzeń nastroju u Triny z książki: B.M. Campbell, <i>Podwójne życie mojej córki</i>	217
23. Objawy ostrego stresu pourazowego (ASD) z książki A. Sebold, <i>Szczęściara</i>	222
24. Objawy PTSD z książki: J. Picoult, <i>Dziewiętnaście minut</i>	233
25. Zaburzenia PTSD z książki: K. Hannah, <i>Na domowym froncie</i>	240
26. Zaburzenia KZ-syndrom z serialu „Dom”	244
27. Zaburzenia syndromu ocalałego z filmu „Droga do zapomnienia”	246
28. Jadłowstręt psychiczny u Jessici – na podstawie powieści pt. <i>Chuda</i> J. Fathallah	251
29. Zaburzenia z objawami somatycznymi z książki: J. Gregory, <i>Mama kazala mi chorować</i>	257
30. Objawy choroby Alzheimera z książki L. Genova, <i>Motyl</i> oraz filmu „Motyl Still Alice”	267
31. Objawy stwardnienia zanikowego bocznego z książki: L. Genova, <i>Życie za wszelką cenę</i>	273
32. Zespół pomijania jednostronnego u Sary z książki: L. Genova, <i>Lewa strona życia</i>	282
33. Płasawica Huntingtona u Joego z książki: L. Genova, <i>Sekret O'Brienów</i>	288
34. Objawy zaburzeń osobowości z pogranicza z książki: R. Reriland, <i>Uratuj mnie</i>	296
35. Zaburzenia osobowości obsesyjno-kompulsywnej z filmu „Dzień świra”	300
36. Cechy narcystyczne Oskara Schindlera, bohatera filmu „Lista Schindlera”	303
37. Osobowość antyspołeczna Amona Götha, bohatera filmu „Lista Schindlera”	305
38. Przemoc fizyczna i psychiczna wobec dziecka z książki: D.J. Pelzer, <i>Dziecko zwane „niczym”, czyli dziecięca wola przetrwania</i>	311
39. Przemoc seksualna z książki: H. Hassenmüller, <i>Dobranoc, słonko</i>	322

Summary

Portrayal of Mental Disorders in Literature and Film

There are different definitions of normal and pathological. One can define pathology as the opposite of health and describe it as a lack of health. It can be said that pathological behavior is that of a small social group, clearly different from other people. However, all such definitions can carry the danger of stigmatizing people. One group feels safe because it is healthy, while the second group is pushed to the margins of society, into a safe space – such as the leper colonies of the past.

A person can be healthy in one aspect and sick in another. They can be physically healthy and emotionally disturbed at the same time. They may have an above-average memory and intelligence, while socially being unable to cope with simple requirements. Such a view of human beings is shared by the authors of this book, who wanted to show the world of people with various disorders as a world within the world we know.

The subject of the authors' research was the symptoms of mental disorders that are listed in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) and evident in the characters of selected films and books. The main research problem was thus formulated as a simple question: "What symptoms of mental disorders described in the DSM-5 do the characters of selected fiction books and films have?"

The theoretical goal of the research described in the book was to investigate the mental disorders discussed during classes on psychopathology for pedagogy majors. The authors wanted to make these disorders more comprehensible for students. Sometimes, the content described very abstractly in textbooks is better understood when instruction is based on an engaging book or film. This is the practical purpose of the book: to help students enter the difficult world of mental disorders.

The book contains a solid theoretical foundation for studying the material from films and literature. It is based on well-established scientific literature

that constitutes the knowledge base about specific disorders. The basic sources were the DSM-5 and International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). This foundation was supplemented with manuals in the field of psychopathology on both children and adults. The authors' intention was to create a textbook that would serve as a supplement to the existing corpus. It was not their intention to replace the existing textbooks. The book is a supplement to basic textbooks and an attempt to present this difficult knowledge to those who want to acquire it.

The book mainly uses the idiographic method, which means that the focus is not on general problems but on more specific issues. The essence of the methodology is to focus on specific and individual cases of disease symptoms. Each single problem is compared with cases described in the professional literature on the subject.

The first chapter outlines systematic knowledge on a number of conditions, using the DSM-5 classification of mental disorders. Neurodevelopmental and impulse control disorders are discussed first, followed by other disorders that appear in children. The next part of the chapter addresses the issues of disorders such as intellectual disability, schizophrenia, mood disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorders, trauma and stress-related disorders, dissociative disorders, eating and excretion disorders, somatoform disorders, neurocognitive disorders, personality disorders, and disorders related to the experience of violence and discrimination. The last subchapter is an introduction to the methodology used in the second chapter.

In the second chapter, the theory on mental conditions is compared with how these conditions have been portrayed in literature and film. For this reason, the research approach used by the authors can be described as qualitative. This chapter presents specific examples of disorders found in literature and film: autistic disorders, behavioral disorders, followed by disorders in children, intellectual disability, schizophrenia spectrum disorders, mood disorders, anxiety disorders (ASD, PTSD, and survivor's syndrome), disorders with somatic symptoms, cognitive disorders, some personality disorders (borderline, obsessive-compulsive, narcissistic, and antisocial), and disorders associated with experiencing violence.

This book is the result of a collaboration of two authors. Anna Skoczek dealt with the material from literature and film as well as with the theoretical perspectives on schizophrenia in children, other disorders in children,

intellectual disability, mood disorders, somatoform disorders, and disorders related to the experience of violence and discrimination. Anna Seredyńska, on the other hand, wrote the subsections on neurodevelopmental and impulse control disorders, schizophrenia in adults, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorders, trauma and stress-related disorders, dissociative disorders, eating and excretion disorders, neurocognitive disorders with neurological diseases, and personality disorders.

The book can benefit students of both pedagogy and social work. It will supplement the knowledge they learn in psychopathology and speech therapy classes. It can also serve as an additional textbook for students of psychology and medicine, and for all those interested in various mental disorders and their impact on human life.

Olbrzymim atutem opracowania jest precyzyjne odzwierciedlenie w jego treści naukowego, ale i humanistycznego światopoglądu Auterek, które – zgodnie z najlepszymi współczesnymi trendami, bez wątplenia inspirowanymi teorią zbiorów rozmytych, teorią prototypów, kognitywizmem, ale i nutą dekonstrukcjonizmu – miały odwagę porzucić binarne, spolaryzowane myślenie o normie i patologii na rzecz traktowania tych kategorii jako płynnych i zależnych od kontekstu.

Monografia nie jest wyłącznie refleksem postrzegania wymyka świata przez Autorki. To przede wszystkim rzetelne, konkretne, obszerne i kompletne, spójne opracowanie *stricte* naukowe, ze swoim celami, przedmiotem badań, pytaniami oraz metodami badawczymi i narzędziem badawczym, umożliwiającymi deskrypcję i interpretację faktów badawczych.

W zwięzłym Wstępie Autorki m.in. osadzają swoją książkę w dziedzinie psychopatologii oraz artykułują dwa zasadnicze, powiązane ze sobą cele badawcze: teoretyczny, którego założeniem było zebranie wiedzy dotyczącej zaburzeń psychicznych, oraz praktyczny, służący przygotowaniu podręcznika akademickiego, który ułatwiałby studentom, głównie pedagogiki, ale nie tylko, rozpoznanie i zrozumienie przypadków schorzeń z zakresu psychopatologii właśnie.

Prof. dr hab. Mirosław Michalik

Autorki książki *Problematyka zaburzeń psychicznych odzwierciedlona w literaturze i filmie* podjęły się analizy tej niełatwej tematyki, wykazując się troską o zdrowie psychiczne człowieka, niezależnie od jego wieku. Treść książki świadczy również o ich dbałości o jakość edukacji akademickiej młodzieży przygotowującej się do odpowiedzialnego, profesjonalnego wypełniania zadań zawodowych. Dogłębna znajomość zagadnień z zakresu psychopatologii, dzięki tej pracy, z pewnością umożliwi studentom i słuchaczom zdobycie umiejętności sprawnego i wczesnego diagnozowania, stosowania odpowiedniej profilaktyki, a także optymalnej terapii zaburzeń.

Zamysł Auterek polegający na ilustrowaniu wiedzy teoretycznej materiałem literackim i filmowym można uznać za dobry sposób uprzyśpieszenia skomplikowanych treści oraz uatrakcyjnienia przebiegu zajęć konwersatoryjnych i wykładowych. Uważam, że należy docenić ten pomysł dydaktyczny, życząc Autorkom szerokiego upowszechnienia go i praktykowania.

Dr hab. Alicja Żywczok, prof. UŚ

ISBN 978-83-7614-577-8

