

GABOR MATÉ



Rozproszone UMYSŁY

Przyczyny i leczenie
ZESPOŁU
DEFICYTU UWAGI

Wyjątkowa i odświeżająca...
Znajdziesz tu historie rodzinne, przystępny opis rozwoju mózgu
i rzetelne informacje. Znajdziesz też nadzieję.

THE GLOBE AND MAIL

CZARNA OWCA

GABOR MATÉ



Rozproszone UMYSŁY

Przyczyny i leczenie
ZESPOŁU
DEFICYTU UWAGI

Przełożył Piotr Cieślak

WYDAWNICTWO
CZARNA OWCA

Podziękowania

Pragnę złożyć podziękowania wszystkim wymienionym niżej osobom.

Doktor John Ratey udzielał mi przyjacielskich zachęt, a jego szczerą krytykę mojego pierwszego szkicu była krzepiąca i zbawienna zarazem. Pomógł mi też uaktualnić wiedzę na temat najnowszych odkryć w obszarze neurobiologii.

Czytelnicy tej książki bez wątpienia dostrzegą dług intelektualny, jaki zaciągnąłem, czerpiąc z prac doktora Alana Schore'a i doktora Daniela J. Siegela. Miałem szczęście brać udział w ich wykładach na temat relacji niemowlę–rodzic oraz rozwoju mózgu, jakie odbyły się w Seattle w 1996 roku. Ich postępowe prace pozwoliły okrzepnąć moim własnym intuicyjnym poglądom, im samym zaś ugruntować znakomitą pozycję w literaturze dotyczącej badań mózgu i neuropsychologii.

Diane Martin z wydawnictwa Knopf Canada wniosła niezastąpiony wkład w ukończenie niniejszego rękopisu. Oszczędziła czytelnikowi wielu niepotrzebnych i męczących wynurzeń. Nauczyłem się z niecierpliwością wyczekiwać jej kolejnych wnikliwych komentarzy i z przyjemnością ciąć tam, gdzie sugerowała cięcie, oraz zmieniać tam, gdzie mówiła o zmianie. Nie wyobrażam sobie wrażliwszych i rozsądniejszych porad redakcyjnych.

Deborah Brody z Dutton w Nowym Jorku od samego początku dostrzegała potencjał tej książki i zachowała jasną wizję kierunku, jaki należy jej nadać. Obawiałem się, że praca z dwoma redaktorami będzie udręką. Okazała się zaś przyjemnością.

Denise Bukowski nadał długiej i trudnej do przyswojenia propozycji książki przyjazną dla wydawcy formę.

Ekspertskie i niezwykle uważne poprawki korektorskie wprowadzone przez Alison Reid znacznie poprawiły płynność tekstu, w żaden sposób nie umniejszając jego znaczenia.

Moja szwagierka Noni Maté jako pierwsza przeczytała kilka początkowych rozdziałów. Jej krytyczne uwagi były dla mnie bezcenne. Pomocnych opinii udzielił mi też Murray Kennedy.

Doktor Michael Hayden poświęcił mi swój czas i wiedzę na wyjaśnienia dotyczące genetyki.

Nieoczekiwanym początkiem tego przedsięwzięcia stało się wysłuchanie historii Betsy-Jo Spencer. Trish Crawford wskazała mi właściwe kierunki, dotyczące neurobiologicznych badań nad rozwojem mózgu. Wielu dorosłych z ADD i rodziców dzieci obarczonych tą przypadłością udzieliło mi ważnych nauk, otwarcie dzieląc się własnymi doświadczeniami.

Jestem głęboko wdzięczny czterem osobom, które uważam za swoich nauczycieli: psychoterapeucie Andrew Feldmarowi, psychologowi rozwojowi doktorowi Gordonowi Neufeldowi, psychiatrze doktor Margaret Weiss oraz terapeucie rodzinnemu doktorowi Davidowi Freemanowi. Na kartach tej książki zaznaczył się wpływ wszystkich czworga.

Dziękuję mojej przyjaciółce, pielęgniarce Marii Oliverio, która dbała o moje biuro podczas kolejnych nieobecności związanych z pisanem *Rozproszonych umysłów*, a co więcej, potrafiła utrzymać tam porządek, nawet gdy w nim urzędowałam.

Rae, mojej partnerce życiowej i bratniej duszy, która dzieliła ze mną lata trudów, smutku, śmiechu, nauki i miłości – wszystko to w znacznej mierze stało się kanwą tej książki. Była też moją najsurowszą redaktorką: jej wnikliwe komentarze po wielokroć pomagały mi zbliżyć się do sedna tego, co starałem się wyrazić. Bez jej serdecznego wsparcia książka ta nigdy by nie powstała.

Na koniec chciałbym wyrazić wdzięczność trójce moich dzieci: Danielowi, Aaronowi i Hannah, które nauczyły mnie być może więcej, niż powinny, i które całym sercem wspierały realizację mojego pielęgnowanego od lat marzenia, by zostać pisarzem.

Od autora

Książka *Rozproszone umysły* została podzielona na siedem części. Pierwsze cztery opisują charakter zespołu deficytu uwagi i wyjaśniają jego pochodzenie, trzy ostatnie zaś dotyczą procesu zdrowienia. Część piąta, dotycząca dzieci z ADD, jest skierowana nie tylko do rodziców, ale też do dorosłych z zespołem deficytu uwagi, ponieważ zawiera informacje niezbędne do zrozumienia samego siebie. Na podobnej zasadzie rodzice czytający rozdziały dotyczące osób dorosłych z ADD mogą zyskać wgląd w zachowanie swoich dzieci z ADD, a niewykluczone, że także we własne.

Zespół deficytu uwagi jest często opisywany akronimem ADD; niekiedy zaś ADHD. Sprawę komplikuje formalne oznaczenie w postaci AD(H)D, zgodnie z którym ADD może być połączony z nadpobudliwością, lecz nie musi. W większości przypadków przyjęło się jednak określenie ADD. Jest to najprostsza nazwa tego zespołu i najmniej myląca, używana jako jedyna w dalszej części tej książki.

Na stronie <https://drgabormate.com> można zadawać autorowi niniejszej książki pytania, na które z chęcią udzieli on odpowiedzi.

Wstęp

Ci, którzy „wierzą” w genetyczne podłoże zespołu deficytu uwagi (ADD, od ang. *attention deficit disorder*) tłumaczą jego przyczyny złymi genami; pozostali obwiniają za nie złe rodzicielstwo. Aura niejasności, a nawet wrogości, otaczająca publiczną debatę na temat tego zespołu, zniechęca do racjonalnej dyskusji o tym, jak środowisko i dziedziczność mogą wzajemnie wpływać na neurofizjologię dzieci dorastających w zestresowanych rodzinach, w podzielonym i wywierającym silne presje społeczeństwie oraz w kulturze, która w miarę zbliżania się do przełomu tysiącleci zdaje się coraz bardziej zwariowana.

Sam mam zespół deficytu uwagi i został on także stwierdzony u trojga moich dzieci. Nie sądzę, by ADD było kwestią tylko złych genów czy złego rodzicielstwa, ale wierzę, iż geny i rodzicielstwo mają znaczenie. Neurobiolodzy ustalili, że ludzki mózg nie jest programowany tylko przez biologiczną dziedziczność, jego obwody są bowiem kształtowane przez to, co dzieje się po przyjściu dziecka na świat, a nawet wtedy, gdy wciąż jest ono w macicy. Na formowanie się mózgu dzieci znacząco wpływają stany emocjonalne rodziców i sposób ich życia, choć oni sami często mogą nie dostrzegać lub nie umieć kontrolować tak subtelnych i nieświadomych wpływów. Na szczęście dzięki stworzeniu warunków do pozytywnego rozwoju można przyczynić się do dużych zmian w obwodach mózgu dziecka czy nawet osoby dorosłej.

Po wzmiance o środowisku szybko pojawia się kwestia winy. „Twoim zdaniem to вина rodziców?” – padają od razu pytania. Zbytнім uproszczeniem jest sądzić, że jeśli coś jest nie tak, musi znaleźć się winny. Rodzicom dzieci z ADD, osaczonym ze wszystkich stron osądami wynikającymi z niezrozumienia, krytykanctwem przyjaciół, rodziny, sąsiadów, nauczycieli czy nawet nieznajomych na ulicy, nie pomoże jeszcze jeden wytknięty w ich stronę palec. Ta książka tego nie robi.

Pewien lekarz z Ontario przedstawił ojcu dziewięciolatki z zespołem deficytu uwagi niezwykle trafną analogię. Wyobraź sobie – powiedział – że stoisz pośrodku bardzo tłoczego pomieszczenia. Wszyscy wokół mówią.

Nagle ktoś pyta cię wprost: „Co powiedziała ta konkretna osoba?”. Właśnie tak to wygląda w mózgu kogoś z ADD i tak wygląda u twojego dziecka. Podobną analogią można zilustrować sytuację rodziców dzieci z ADD: tkwisz w samochodzie pośrodku wielkiego, ruchliwego skrzyżowania, ale silnik zgasł i robisz, co możesz, żeby go znowu odpalić. Wszyscy trąbią i krzyczą ze złością, ale nikt nie kwapi się pomóc. Może nikt nie wie jak.

Jako rodzice dokładający wszelkich starań, by wychować dzieci w poczuciu miłości i bezpieczeństwa, nie chcemy dźwigać jeszcze cięższego brzemienia winy niż dotychczas. Trzeba nam mniej winy, a więcej świadomości na temat możliwości wykorzystania odpowiedniej relacji rodzic–dziecko do pobudzania rozwoju emocjonalnego i poznawczego naszych dzieci. Książka *Rozproszone umysły* została napisana w celu krzewienia takiej świadomości.

Rozproszone umysły napisałem też z myślą o dwóch innych gronach czytelników. Mam nadzieję, że dorośli z zespołem deficytu uwagi znajdą w niej wskazówki, które pomogą im lepiej zrozumieć samych siebie oraz drogę, jaką mogą podążać ku uzdrowieniu. Książka ta ma także być kompleksowym omówieniem często nierozumianego schorzenia, skierowanym do pracowników służby zdrowia pracujących z pacjentami z ADD oraz do nauczycieli mających w swoich klasach uczniów z tym zespołem.

Zawarte w tej książce studium ADD jest próbą syntezy spostrzeżeń dokonanych w obszarze współczesnych badań neurologicznych, psychologii rozwojowej, teorii systemów rodzinnych, genetyki i nauk medycznych ⁹¹. Informacje te połączyłem z indywidualną interpretacją trendów społecznych i kulturowych oraz spojrzeniem przez pryzmat własnych doświadczeń jako osoby z ADD, rodzica i lekarza. Aby uniknąć nadania książce zbyt akademickiego charakteru, przypisy zamieściłem na jej końcu. Zawierają one dodatkowe komentarze, przeznaczone dla specjalistów oraz laików szukających informacji źródłowych.

Historie przypadków i cytaty pochodzą z mojej dokumentacji. Z nielicznymi wyjątkami imiona osób zostały zmienione.

CZĘŚĆ PIERWSZA

Istota zespołu deficytu uwagi

ROZDZIAŁ 1

Dużo zupy i koszt na śmieci

Medycyna tyleż mówi nam o istocie uzdrawiania, cierpienia i umierania, co analiza chemiczna o wartości estetycznej ceramiki.

IVAN ILLICH, *Limits to Medicine*

Jeszcze cztery lata temu miałem podobne pojęcie o zespole deficytu uwagi jak typowy północnoamerykański lekarz, czyli prawie żadne. Wiedzę na ten temat zgłębiłem dzięki jednemu z tych zrządeń losu, które wcale takie losowe nie są. Jako felietonista medyczny w gazecie „The Globe and Mail” postanowiłem napisać artykuł o tym dziwnym schorzeniu po tym, jak pewna znajoma pracownica opieki społecznej, u której niedawno je stwierdzono, zrelacjonowała mi swoją historię. Pomyślała, że będę nią zainteresowany – a raczej intuicyjnie wyczuła, że tak się stanie. Jeden felieton rozrósł się do czterech.

Zanurzenie palca w tym temacie pozwoliło mi znienacka zrozumieć, że tkwiłem w nim przez całe życie po uszy. Uświadczenie sobie tego można nazwać etapem objawienia chorego na ADD – swoistą autodeklaracją, cechującą się uniesieniem, wglądem, entuzjazmem i nadzieją. Wydawało mi się, że odnalazłem drogę do mrocznych zakamarków swojego umysłu, w których bez ostrzeżenia rodzi się chaos miotający we wszystkie strony myślami, planami, emocjami i zamierzeniami. Czułem, że odkryłem coś, co odkąd pamiętam, uniemożliwiała mi osiągnięcie psychologicznej spójności – bycia całością i połączenie nieharmonijnych fragmentów mojego umysłu.

Umysł dorosłego z ADD nigdy nie odpoczywa – fruwa niczym obłąkany ptak, zatrzymując się na chwilę tu i tam, lecz nigdy na dość długo, by się zadowolić. Brytyjski psychiatra R.D. Laing napisał, że ludzie boją się trzech rzeczy: śmierci, innych ludzi i własnych umysłów. Strwożony swoim umysłem zawsze bałem się spędzenia z nim choć chwili sam na sam.

Zawsze musiałem mieć pod ręką książkę niczym wytrych, na wypadek gdybym został uwięziony, czekając w dowolnym miejscu, choćby przez minutę, w kolejce do okienka w banku czy do kasy w supermarkecie. Nieustannie podrzucałem umysłowi jakieś ochłapy, by mógł się posilić – jak okrutnej i złowrogiej bestii, która nie mając nic innego na ząb, natychmiast się na mnie rzuci. Nigdy nie umiałem żyć inaczej.

W szoku związanym z samopoznaniem, jakiego doświadcza wielu dorosłych, dowiedziawszy się o ADD, jest tyleż radości, co bólu. Pozwala ono po raz pierwszy w spójny sposób wytłumaczyć sobie upokorzenia i porażki, niezrealizowane plany i niedotrzymane obietnice, porywy maniakalnego entuzjazmu, które giną we własnym szalonym tańcu, pozostawiając po sobie emocjonalne szczątki; pozornie niedający się opanować chaos, który panuje w działaniach, mózgu, samochodzie, w pokoju i na biurku.

Zespół deficytu uwagi zdawał się wyjaśniać wiele moich wzorców zachowań, procesów myślowych, infantylnych reakcji emocjonalnych, pracholizm i skłonności do innych uzależnień, nagłe wybuchy złego humoru i zupełnej nieracjonalności, konflikty w małżeństwie oraz podejście do dzieci rodem z opowieści o Jekyllu i Hyde. Tłumaczył też moje poczucie humoru, które potrafi zaiskrzyć z zaskoczenia i rozbawić ludzi do rozpuku albo trafić w kompletną próżnię czy też – jak mawiają Węgrzy – być niczym groch rzucony o ścianę. Wyjaśniał też moją dziwną skłonność do obijania się o framugi, uderzania głową w półki, upuszczania przedmiotów i wpadania na ludzi, zanim się zorientuję, że przede mną stoją. Przestała być tajemnicą moja nieudolność podążania za wskazówkami czy choćby ich zapamiętania albo paraliżująca złość, gdy mam do czynienia z instrukcjami obsługi nawet najprostszych urządzeń. Nade wszystko zaś uświadczenie sobie tego pozwoliło mi znaleźć wyjaśnienie dla trapiącego mnie od dawna przeczucia, że dziwnym trafem nigdy nie udało mi się w pełni spożytkować swego potencjału w zakresie wyrażania siebie i samookreślenia – tej właściwej dorosłemu z ADD świadomości, że ma jakieś uzdolnienia, spostrzeżenia albo trudne do zdefiniowania pozytywne cechy, do których można byłoby dotrzeć, gdyby nie krótkie spięcie w obwodach. „Wystarczy mi połowa mózgu, żeby to zrobić” – zwykłem żartować. Ale to nie był żart. Właśnie tak robiłem mnóstwo rzeczy.

Moja droga do diagnozy była podobna do tej, jaką pokonuje wielu innych dorosłych z ADD. Dowiedziałem się o tym schorzeniu nieledwie przypadkiem, zbadałem je i szukałem u specjalistów potwierdzenia, że

moje domysły na własny temat są zasadne. Tak niewielu lekarzy i psychologów orientuje się w kwestiach zespołu deficytu uwagi, że zanim ludzie znajdą kogoś, kto może postawić kompetentną diagnozę, często stają się ekspertami-samoukami. Miałem szczęście. Jako lekarzowi łatwiej było mi przemierzać medyczny labirynt i szukać najlepszych źródeł pomocy. W ciągu kilku tygodni od napisania artykułów na temat ADD zostałem zbadywany przez znakomitą psychiatrę dziecięcą, która przyjmuje również dorosłych z tym zaburzeniem. Potwierdziła moją diagnozę i przystąpiła do leczenia, zaczynając je od przepisania ritalinu. Wyjaśniła mi też, jak niektóre moje życiowe wybory nasiliły tendencje do ADD.

Moje życie, podobnie jak wielu dorosłych z ADD, przypominało żonglerkę ze starych programów z Edem Sullivanem – tę z mężczyzną kręcącym talerzami na kijkach. Żongler dokładał kijków i talerzy, gorączkowo uwijając się między nimi, bo każdy kijek, coraz chwiejniejszy, groził przewróceniem. Nie da się tego robić w nieskończoność – któryś kijek wreszcie wymyka się spod kontroli, talerze pękają albo sam żongler upada. Coś trzeba odpuścić, lecz osobowość ADD ma problem z odpuszczaniem cegółkolwiek. W odróżnieniu od żonglera nie potrafi zejść ze sceny.

Niecierpliwość i nieznajomość charakterystycznych dla ADD objawów sprawiły, że zacząłem leczyć się sam jeszcze przed oficjalną diagnozą. Zespół deficytu uwagi cechuje konieczność podejmowania szybkich działań, rozpaczliwe dążenie do natychmiastowego osiągnięcia tego, czego w danym momencie się pragnie – czy jest to przedmiot, czynność, czy relacja. Poza tym jest coś jeszcze, co zostało świetnie wyrażone przez kobietę, która kilka miesięcy później przyszła mi z pomocą. „Dobrze jest choć przez chwilę od siebie odpocząć” – powiedziała, a ja doskonale rozumiałem, co ma na myśli. Pragnie się uciec od męczącego umysłu, w którym wiecznie coś się kotłuje i kłębi. W dniu, w którym dowiedziałem się o zespole deficytu uwagi, wziąłem wyższą niż zalecana dawkę ritalinu. Po kilku minutach miałem przypływ euforii i poczucie własnej obecności; postrzegałem samego siebie jako pełnego uważności i miłości. Moja żona uznała, że zachowuję się dziwnie. Jej pierwsze słowa brzmiały: „Wyglądasz, jakbyś się naćpał”.

Decydując o dawce ritalinu, nie byłem niedouczonego nastolatkiem, tylko ponadpięćdziesięcioletnim spełnionym i szanowanym lekarzem rodzinnym, którego felietony z opiniami medycznymi chwalono za wnikliwość. Praktykując medycynę, kładłem ogromny nacisk na unikanie medy-

kamentów, jeśli nie były absolutnie konieczne, i nie muszę chyba dodawać, że odradzałem pacjentom leczenie się we własnym zakresie. Ten uderzający rozdźwięk między świadomością intelektualną z jednej strony a samokontrolą emocjonalną i behawioralną z drugiej jest jedną z charakterystycznych cech osób z zespołem deficytu uwagi.

Pomimo owego impulsywnego działania wierzyłem, że widzę światło na końcu tunelu. Problem był oczywisty, lekarstwo wybitnie proste: niektóre części mojego mózgu przez połowę czasu znajdowały się w letargu, rozwiązanie sprowadzało się więc do wybudzenia ich ze snu. Wtedy kontrolę mogłyby przejąć „dobre” części mojego mózgu – te spokojne, zdrowe, dojrzałe i uważne. Tak się jednak nie stało. W moim życiu niewiele się zmieniło. Dowiedziałem się o sobie tego i owego, ale to, co było we mnie dobre, takim pozostało, a to, co było złe, nie zmieniło się ani odrobinę. W niedługim czasie ritalin wpędził mnie w depresję. Deksedryna, środek pobudzający, który został mi następnie przepisany, uczynił mnie uważniejszym i pomógł w... pogłębianiu mojego pracoholizmu.

Odkąd postawiono mi diagnozę, stykałem się z setkami dorosłych i dzieci z zespołem deficytu uwagi. Uważam obecnie, że rola lekarzy i przepisywanych na receptę leków w terapii ADD została wyolbrzymiona. To, co zaczyna się jako problem o charakterze społecznym i rozwojowym, zostało niemal w stu procentach sprowadzone do medycznej dolegliwości. Nawet jeśli w wielu przypadkach leki rzeczywiście pomagają, rekonwalecencja, jakiej wymaga ADD, nie przypomina dochodzenia do siebie po innej chorobie. Jest to proces stawania się całością, którego znaczenie nieprzypadkowo leży u źródła terminu „zdrowieć”.

W schorzeniu nazwanym zespołem deficytu uwagi bezsprzecznie mamy do czynienia z nieprawidłowym funkcjonowaniem mechanizmów neurofizjologicznych. Nie wynika z tego jednak, że wszelkie problemy umysłu ADD da się wyjaśnić za pośrednictwem biologii zaburzeń w poziomach substancji neurochemicznych czy krótkich spięć w ścieżkach neuronalnych. Aby dostrzec głębsze znaczenia przejawiające się w zaburzonych sygnałach nerwowych, niespokojnych zachowaniach i psychologicznym zgiełku, któremu nadano miano ADD, potrzeba cierpliwych i pełnych wyrozumiałości dociekań.

Troje moich dzieci również ma zespół deficytu uwagi – wynika tak nie z moich diagnoz, ale z ocen, jakie otrzymały w klinice. Jedno z nich zażywało leki, które przynosiły zauważalną poprawę, obecnie jednak żadne tego

nie robi. W świetle tak mocnych przesłanek wynikających z rodzinnej historii schorzenia może stanowić zaskoczenie, że w odróżnieniu od wielu innych osób nie uważam ADD za przypadłość o niemal czysto genetycznym podłożu. Nie postrzegam go jako trwałego, dziedzicznego zaburzenia mózgu, lecz fizjologiczną konsekwencję życia w określonym środowisku oraz kulturze. Człowiek może zeń wyrosnąć pod wieloma względami i w dowolnym wieku. Pierwszy krok polega na odrzuceniu przyjętego modelu choroby oraz poglądu, że farmaceutyki mogą dać w niej coś więcej niż tylko częściową i prowizoryczną ulgę.

Od niedawna zespół deficytu uwagi otacza nimb tajemnicy, ale – wbrew opiniom wielu ludzi – nie jest to nowe odkrycie. W takiej czy innej postaci zespół ten jest rozpoznawany w Ameryce Północnej od 1902 roku; jego współczesne leczenie farmakologiczne przy użyciu psychostymulantów ma ponad sześćdziesięcioletni rodowód. Nadawane ADD nazwy i dokładny opis schorzenia przechodziły kilka mutacji. Jego obecna definicja została zamieszczona w czwartym wydaniu *Diagnostic and Statistical Manual*, uchodzącym za swoistą biblię i encyklopedię Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Podana w *DSM IV* definicja zespołu deficytu uwagi opiera się na przejawach zewnętrznych, a nie znaczeniu emocjonalnym w życiu danego człowieka. Popełniono w niej *faux pas*, nazywając owe zewnętrzne przejawy „symptomami”, choć słowo to w terminologii medycznej oznacza odczucia własne pacjenta. Przejawy zewnętrzne, bez względu na ich nasilenie, są w tym przypadku „oznakami”. Ból głowy jest symptomem. Wychwycone przez stetoskop lekarza szmery w klatce piersiowej są oznakami. Kaszel jest zarówno symptomem, jak i oznaką. W *DSM* posłużono się językiem oznak, ponieważ światopogląd medycyny konwencjonalnej nie zna języka serca. Jak powiedział psychiatra dziecięcy z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles, Daniel J. Siegel: „DSM zajmuje się kategoryzacją, a nie bólem”.

Tymczasem ADD ma wiele wspólnego z bólem, obecnym u każdego dorosłego i młodego człowieka, jakiego badałem. Dźwigany przez nich głęboki ból emocjonalny daje się wyczuć w spuszczonej wroku lub nieobecnym spojrzeniu, szybkim, rwanym toku mówienia, napiętej postawie ciała, podrygiwaniu stóp, niespokojnych dłoniach oraz nerwowym, samokrytycznym poczuciu humoru. „Boli mnie każdy aspekt życia” – powiedział mi trzydziestosiedmioletni mężczyzna podczas drugiej wizyty w moim gabinecie. Ludzie są zaskoczeni, gdy po krótkiej wymianie zdań wyczuwam ich

ból i rozumiem chaos i pełną konfliktów historię emocji. „Mówię także o sobie” – tłumaczę im.

Czasami żałuję, że tak zwani eksperci i medialni znawcy, którzy negują istnienie zespołu deficytu uwagi, nie spotkali się choćby z kilkoma poważnie dotkniętymi tym schorzeniem dorosłymi, którzy przyszli do mnie na terapię. Osoby te, mężczyźni i kobiety, po trzydziestce, czterdziestce i pięćdziesiątce, nie umieją długo utrzymać się w żadnej pracy ani w zawodzie. Niełatwo angażują się w znaczące relacje, nie mówiąc już o pozostaniu w nich. Niektórzy nigdy nie byli w stanie przeczytać książki od deski do deski, a inni nie zdołali wysiedzieć całego seansu w kinie. Ich nastroje wahają się od apatii i przygnębienia do nadmiernego pobudzenia. Talenty twórcze, jakimi zostali obdarzeni, leżą odłogiem. Są bardzo sfrustrowani sytuacjami, które uważają za swe porażki. Ich samoocena tonie na dnie głębokiej studni. Najczęściej trwają w przekonaniu, że ich problemy są pokłosiem prostych, lecz nienaprawialnych wad osobowości.

Chciałbym, aby każdy wątpiący Tomasz przeczytał i rozważył autobiograficzny szkic nadesłany mi przez Johna, pięćdziesięcioletniego bezrobotnego, samotnego mężczyznę. Za jego pozwoleniem zamieszczam go tutaj słowo w słowo:

Miałem Prace robiłem Co Mogłem ale nigdy nie wystarczało. gdy ludzie do mnie Mówią, pytają, czy Słucham, bo wydaję się Znudzony. Pojawiają się emocje albo gdzieś odpływam albo gdy się za Coś zabieram nie mogę tego skończyć albo zacząć Czegoś a potem oko szuka Czegoś innego. gdy czasami w większości przypadków czekam do Ostatniej minuty, aby Coś zrobić. Czuję niepokój że muszę to zrobić albo coś. czuję się pod presją. Wydaje się że obłokobujam albo marzę. zawsze coś przestawię, gubię rzeczy. nie pamiętam gdzie Coś odłożyłem. „zapominałski” nieogarnięty, chaos w myślach. wściekam się o nic ludzie pytają co się stało ja nic nie mówię. Ludzie coś ode mnie chcą a mnie się wydaje że nic z tego nie rozumiem. kiedy byłem dzieckiem. nie mogłem usiedzieć wciernięty. W raportach ze szkoły zawsze było coś jak nie Uważa w klasie, nie siedzi spokojnie Nauka albo zrozumienie zajmowało mi dłużej. Zawsze wpadałem w tarapaty siedziałem z przodu klasy albo z tyłu klasy albo w gabinecie dyrektora (przypasany) przywiązany do krzesła. bez przerwy chodziłem do psychologów. nauczyciele wciąż powtarzali siedź spokojnie bądź cicho. Wysyłali mnie na korytarz mój tata zawsze powtarzał mi żebym siedział spokojnie i co ze mnie za leń w moim pokoju. zawsze na mnie krzyczał.

Mowa Johna jest znacznie spójniejsza niż przekaz pisany, ale nie mniej przejmująca. „Mój tata – powiedział – zawsze wbijał mi do głowy, że powinienem zostać lekarzem albo prawnikiem, bo w przeciwnym razie będę

nikim. Odkąd rodzice się rozwiedli, rozmawiali ze sobą tylko wtedy, gdy matka dzwoniła do taty, żeby »dał mi do wiwatu«... Widziałem taki film w zeszłym tygodniu” – dodał. – „Jego tytuł oddaje to, jak się czuję: *Jestem chory i zmęczony byciem zmęczonym i chorym*”.

Pacjenci opisują swoje stany uczuciowe obrazowo, często wręcz poetycko. „Ach – rzekł czterdziestosiedmioletni mężczyzna, machając ręką z uśmiechem tyleż zrezygnowanym, co złośliwym – moje życie to po prostu za dużo zupy i kosz na śmieci”. Co dokładnie oznaczają te słowa, nie umiem wyjaśnić. Podobnie jak poeci, przekazują znaczenia poprzez uczucia i budzone przez nie skojarzenia słowne. „Wylądowałem w zupie”. „Mgła gęsta jak zupa”. „Kuchnia zupy”. „Traktowany jak śmieć”. „Czuję się jak śmieć”. Obrazy cierpienia, samotności i zamętu, odmalowane z nutką humoru. Ich dziwny wewnętrzny dysonans mówi też coś o niespokojnej duszy, dla której rzeczywistość okazała się zbyt surowa – tak surowa, że umysł musiał zmienić się na drobne, by rozproszyć ból.

ROZDZIAŁ 2

Wiele nieprzebytych dróg

Natury nieco nerwowe, jak moja, przebiegając dnie, rozporządzają na kształt samochodów różnymi „szybkościami”. Bywają dnie górzyste i uciążliwe, dla których przebycia trzeba nieskończonego czasu; bywają dnie spadziste, z których zjeżdża się pędem, śpiewając.

MARCEL PROUST, W stronę Swanna ¹

Zespół deficytu uwagi określają trzy zasadnicze cechy, spośród których dwie wystarczają do postawienia diagnozy: słaba koncentracja, niedostateczna kontrola impulsów oraz nadpobudliwość.

Charakterystyczną oznaką ADD jest automatyczne, mimowolne „odłączanie się”, frustrująca nieobecność umysłu. Człowiek nagle odkrywa, że nie usłyszał nic z tego, czego słuchał, nie zobaczył nic z tego, na co patrzył, i nie pamięta nic z tego, na czym próbował się skupić. Pomija informacje i wskazówki, zostawia rzeczy w przypadkowych miejscach i z trudem stara się nadążyć za tokiem rozmowy. Odłączenie się stwarza praktyczne trudności i przeszkadza czerpać radość z życia. „Słuchanie muzyki w sposób ciągły i pełny jest dla mnie abstrakcją” – powiedział mi pewien nauczyciel ze szkoły średniej. „Mój umysł zaczyna błędzić po zaledwie kilku akordach. Wysłuchanie choćby jednej krótkiej piosenki w radiu w samochodzie jest dla mnie sporym wyzwaniem”. Taka osoba ma poczucie odcięcia od rzeczywistości, niemal bezcielesnego odgródnienia od fizycznej teraźniejszości. Jeden z pacjentów opisał to następująco: „Czuję się jak ludzka żyrafa; zupełnie jakby moja głowa unosiła się w innym świecie, wysoko nad ciałem”.

Wspomniana nieobecność umysłu jest jedną z przyczyn dekoncentracji i bardzo krótkiego czasu skupienia, jakie nękają dorosłych i dzieci z ADD w każdej sytuacji, z wyjątkiem najbardziej motywujących i wciągających czynności. Wygląda to prawie jak celowe niedostrzeganie; tak jakby dana

osoba intencjonalnie robiła wszystko, byle tylko nie zdawać sobie sprawy z tego, co ją otacza. Komplementuję żonę za nową ozdobę w salonie, a w odpowiedzi dowiaduję się, że przedmiot ten stoi w tym miejscu od miesięcy, a może nawet od lat.

Podatność na dekoncentrację sprzyja chaosowi. Przypuśćmy, że decydujesz się posprzątać swój pokój, który na ogół wygląda tak, jakby przeszedł przezeń tajfun. Podnosisz książkę z podłogi i odkładasz ją na półkę. Kiedy to robisz, zauważasz, że dwa tomy poezji Williama Carlosa Williamsa nie stoją obok siebie. Zapominasz o leżących na podłodze różnościach i wyciągasz jeden z tomów, chcąc wstawić go obok jego towarzysza. Przewracasz kartkę i zaczynasz czytać wiersz. W poemacie jest nawiązanie do klasyki, co skłania cię do zerknięcia do przewodnika po mitologii greckiej; na tym etapie gubisz się, bo jeden wątek prowadzi do innego. Godzinę później twoje zainteresowanie starożytną mitologią chwilowo się wyczerpuje, wracasz więc do pierwotnego zadania. Polujesz na brakującą do pary skarpetę, która najwyraźniej zrobiła sobie wolne – być może na zawsze – aż nagle jakiś inny leżący na podłodze element garderoby przypomina ci, że przed wieczorem powinienes zrobić pranie. Gdy schodzisz na dół, trzymając pod ręką kosz z brudnymi rzeczami, dzwoni telefon. Twój plan posprzątania w pokoju właśnie legł w gruzach.

Umysłowi ADD brakuje wzorca porządku – mentalnego modelu jego zaprowadzania. Możesz nawet umieć wyobrazić sobie czysty i uporządkowany pokój, ale brakuje ci ukierunkowania na wykonanie pracy, która tym zaowocuje. Zaczniemy od tego, że wyzbywanie się czegokolwiek budzi głęboką niechęć: kto wie, kiedy będziesz potrzebować egzemplarza „New Yorkera”, który od trzech lat zbiera kurz i nigdy na niego nie spojrzales? Na wszystko jest mało miejsca. Masz wrażenie, że nigdy nie dasz rady opanować kosmicznego bałaganu w książkach, dokumentach, czasopismach, ubraniach, płytach kompaktowych, listach, na które trzeba odpowiedzieć, i wielu innych przedmiotach – po prostu partiami przenosisz ten chaos z jednego miejsca w drugie. Jeśli od wielkiego dzwonu ci się uda, dobrze wiesz, że ten porządek jest tymczasowy. Wkrótce znów zaczniesz przekopywać się przez sterty rzeczy, szukając jakiegoś potrzebnego przedmiotu, który – dasz głowę – widziałeś w zapomnianym kącie czy zakamarku. Rządzi prawo entropii – porządek przemija, chaos jest absolutny.

Niewiele osób z ADD może się pochwalić wybitnymi umiejętnościami inżynierskimi, pozwalającymi na niemal intuicyjne demontowanie i skła-

danie skomplikowanych urządzeń czy podzespołów. Trudności z koordynacją przekładają się na wiele innych umiejętności – zwłaszcza w obszarze precyzyjnej kontroli motorycznej. Rzeczy wylatują z rąk, stopy są nadeptywane, piłki lecą w niewłaściwym kierunku. Obiekty ułożone jeden na drugim podczas sprzątanía są skazane na kolaps. Numery telefonów są bazgrane w niewłaściwej kolejności; nawet jeśli dasz radę odczytać to, co napisałeś, i tak nie masz pewności wybrania właściwego numeru.

Jak wiele innych osób z ADD, mam trudności z wyobrażaniem sobie świata w trzech wymiarach albo dostrzeganiem przestrzennych zależności między obiektami, bez względu na to, jak dobrze zostały zobrazowane. Gdy czytając powieść, docieram do opisu, powiedzmy, pokoju z biurkiem tutaj, łóżkiem tam, oknem i stolikiem nocnym, moja wyobraźnia po prostu się gubi. Pytając na ulicy o drogę, człowiek z ADD traci orientację, zanim jego informator dotrze do połowy pierwszego zdania. Na szczęście większość opanowała sztukę kiwania głową. Wstydząc się przyznać do niezrozumienia i zdając sobie sprawę z daremności proszenia o dodatkowe wskazówki, które zapewne pojąłby niewiele lepiej, pytający po mistrzowsku udaje tego, który rozumie. A potem wyrusza, powierzając swój los szczęściu. „Jeśli skrócenie w niewłaściwą stronę jest prawdopodobne w pięćdziesięciu procentach, zrobię to w trzech przypadkach na cztery” – powiedział jeden z moich pacjentów z ADD. Deficyt w obszarze orientacji przestrzennej idzie w parze z dekoncentracją. Porządek po prostu nie ma szans.

Kwestia dekoncentracji w ADD nie jest uniwersalna. Wielu rodziców i nauczycieli się myli: dziecko może poświęcić niektórym czynnościom kompulsywną, hiperskupioną uwagę. Ale hiperskupienie, które wyklucza świadomość otoczenia, przekłada się też na niedostateczną regulację uwagi. Ponadto często wiąże się ono z czymś, co można opisać jako „uwagę bierną” – na przykład podczas oglądania telewizji czy grania w gry wideo. Uwaga bierna pozwala umysłowi działać automatycznie, nie wymagając od mózgu wydatkowania większej energii. „Uwaga aktywna”, czyli pełne zaangażowanie umysłu i wykonywanie pracy przez mózg, pojawia się tylko w szczególnych okolicznościach silnej motywacji. Mózg ADD cierpi na braki w obszarze uwagi aktywnej, gdy trzeba się skoncentrować na czymś mało interesującym.

Zdolność do skoncentrowania się na interesującej czynności nie wyklucza ADD, ale żeby się skupić, osoba z ADD potrzebuje o wiele silniejszej motywacji niż inni ludzie. Nieznajomość tego faktu prowadzi do nietrafio-

nych lekarskich diagnoz. „Cechą charakterystyczną naszego pacjenta – napisał psychiatra wykładowcy uniwersyteckiego ze stwierdzonym zespołem deficytu uwagi, którego lekarz rodzinny poprosił o konsultację – jest bardzo trudna dla pacjentów z ADD umiejętność skupienia się na czymś, co go naprawdę interesuje”. Ale nie na tym polega prawdziwa trudność. Paraliżująco trudne jest pobudzenie mechanizmów motywacji w mózgu pod nieobecność osobistego zainteresowania.

ADD ma charakter sytuacyjny: nawet u tej samej osoby jego oznaki mogą być bardzo zróżnicowane, zależnie od okoliczności. Są na przykład zajęcia, na których dziecko z ADD radzi sobie znakomicie, choć na innych jest rozproszone, nieefektywne i może zakłócać spokój. W takich przypadkach nauczyciele mogą dojść do wniosku, że dziecko świadomie decyduje o tym, kiedy przysiąc fałdów i pilnie pracować. Dzieci z ADD często są narażone na jawną nieprzychylność i publiczne szykany z powodu zachowań, których nie są świadome. Te dzieci nie są celowo nieuważne ani nieposłuszne. W grę wchodzi rządzące nimi siły emocjonalne i neurofizjologiczne. Przyjrzymy się im we właściwym czasie.

Drugą niemal uniwersalną cechą ADD jest impulsywność w słowach i czynach, połączona ze słabo kontrolowaną reaktywnością emocjonalną. Dorosły albo dziecko z ADD z trudnością powstrzymuje się od przeszkadzania innym, czekanie na swoją kolej w dowolnych aktywnościach uważa za torturę i często działa lub mówi pod wpływem impulsu, jakby nieoprzemyślanego żadnym namysłem. Przykre konsekwencje nietrudno przewidzieć. „Chcę się kontrolować – powiedział mi pewien trzydziestotrzyletni mężczyzna podczas pierwszej wizyty w moim gabinecie – ale umysł mi na to nie pozwala”. Impulsywność może się wyrażać w formie kupowania niepotrzebnych przedmiotów pod wpływem chwilowego kaprysu, bez względu na koszty i następstwa. „Zakupy impulsywne?!” – wykrzyknął inny mężczyzna podczas pierwszej rozmowy. „Gdyby było mnie na to stać, impulsywnie kupiłbym cały świat”.

Trzecią ważną cechą ADD jest nadpobudliwość. W tradycyjnym ujęciu przejawia się ona trudnościami w pozostawaniu w fizycznym bezruchu, lecz może występować w formach nieoczywistych dla obserwatora. Zwykle da się dostrzec jakąś niespokojność – stukanie palcami, podrygiwanie stóp, poruszanie udami, obgryzanie paznokci, zgrzytanie zębami. Nadpobudliwość może też przyjąć formę nadmiernej gadatliwości. W nielicznych przypadkach, zwłaszcza u dziewcząt, nadpobudliwość nie występuje w ogóle.

Takie dzieci przechodzą przez szkołę nieuważne i nieobecne duchem, ale ponieważ nie sprawiają kłopotów, przepycha się je do następnej klasy. Choć stwierdzenie nadpobudliwości nie jest konieczne do postawienia diagnozy ADD, przeżycia niektórych pacjentów bywają dramatyczne. „Jedyne, co było w stanie mnie spowolnić, to syrena policyjna, gdy łapano mnie na przekroczeniu prędkości” – powiedziała dwudziestosiedmioletnia kobieta.

Wiele dzieci z ADD jest niezwykle gadatliwych. Pewien chłopiec z drugiej klasy szkoły podstawowej paplał tak nieustannie, że koledzy nazwali go *Talk Bird*, gadającym ptaszkiem. Jego rodzice też często starali się go uciszać. Takie dziecko zdaje się komunikować, że jest do tego stopnia odcięte od innych ludzi i tak niespokojne, że jeśli nie będzie w dwójnasób starać się o podtrzymanie z nimi kontaktu, zostanie samo. Umie to zrobić tylko słowami. Nie zna innego sposobu. Niektórzy dorośli z ADD zwierzali mi się, że gadają jak katarynka po części dlatego, że do głowy wpada im tak wiele słów i zwrotów, iż bojąc się zapomnieć o tych najważniejszych, wyrzucają je z siebie w zawrotnym tempie.

Osoba z ADD odbiera swój umysł jako perpetuum mobile. Gdy tylko nie ma aktywności, na jakiej mogłaby się skupić, niczego, co odwróci albo przykuje jej uwagę, pojawia się u niej silna niechęć do nudy; wręcz awersja. Nieustający brak spokoju jest wewnętrznie odczuwalny jako stały zgiełk w mózgu, czy też nieustanny „biały szum”, jak nazwał to zjawisko doktor John Ratey, psychiatra z Harvardu. Bezlitosna presja umysłu nie ma konkretnego celu ani kierunku. Już w 1934 roku w artykule zamieszczonym w „The New England Journal of Medicine” opisano niepokojącą cechę niektórych ludzi, nazwaną przez autorów publikacji „organicznym zapalaniem”. Ja na przykład rzadko miewam chwile relaksu wolne od natychmiastowego i kłopotliwego poczucia, że powinienem robić coś innego. Niedaleko pada jabłko od jabłoni. W wieku ośmiu lub dziewięciu lat mój syn powiedział mi: „Bez przerwy mi się wydaje, że powinienem coś robić, ale nie wiem co”. Najstarszą osobą, której przepisałem środek psychostymulujący, była osiemdziesięcioletnia kobieta, która po zażyciu ritalinu po raz pierwszy w życiu była w stanie usiedzieć nieruchomo dłużej niż przez kwadrans.

Wewnętrzny niepokój współistnieje z długimi fazami prokrastynacji. Aby włączył się aparat motywacyjny, groźba kary lub obietnica nagrody muszą mieć charakter natychmiastowy. Bez porywającego przypływu adrenaliny wynikającego z wyścigu z czasem górę bierze bezwładność. Ani razu w liceum i na studiach nie zacząłem odrabiać lekcji albo pisać wypra-

cowania inaczej niż na dzień przed terminem. W epoce tradycyjnych maszyn do pisania moje robocze kopie musiały służyć jako kopie ostateczne. Przypominały patchwork: błędy zaklejałem małymi kawałkami papieru, na których pospiesznie gryzmołem poprawki. Choć, gdy jest coś, czego osoba z ADD chce, o cierpliwości i prokrastynacji można zapomnieć. Musi to zrobić, zdobyć, osiągnąć albo doświadczyć tego natychmiast.

Częste i frustrujące zaniki pamięci są u osób z ADD codziennością. Mój serdeczny przyjaciel Brian cierpi na zespół deficytu uwagi. Ma psa. Nawzajem wyprowadzają się na spacer. Gdy Brian wkłada płaszcz, czapkę i buty, pies leży pod stołem kuchennym i czeka. Brian wychodzi z domu – pies ani drgnie. Nie ruszy się, dopóki Brian nie wróci do domu po raz trzeci po klucz, portfel czy cokolwiek innego, czego zapomniał za pierwszym i drugim razem. Pies nauczył się tego, obserwując swojego właściciela, co stanowi chyba najlepszy komentarz.

Mój najświeższy problem z pamięcią, gdy piszę te słowa, zaobserwowałem cztery dni temu. Przyjechałem na lotnisko Ben Guriona w Tel Awiwie, spakowany i przyszykowany do lotu powrotnego do domu w Vancouver. Byłem z siebie zadowolony, że dla odmiany udało mi się gdzieś dotrzeć na czas. Podczas odprawy pracownica lotniska zerknęła na mój bilet. Na jej twarzy pojawiło się zaniepokojenie. „Ale pański lot jest zarezerwowany na jutro” – powiedziała wreszcie. Być może nieświadomie próbowałem powetować sobie wszystkie inne przypadki, gdy docierałem na lotniska w ostatniej chwili.

Często pytano mnie, jak przy takich uwarunkowaniach udało mi się przejść przez trudy studiów medycznych. Ogólna odpowiedź brzmi tak, że wielu osobom udaje się osiągać znaczące sukcesy pomimo ADD. Zespół deficytu uwagi miewa destrukcyjny wpływ na różne aspekty życia. Pozorny sukces zawodowy pracoholika może maskować poważne problemy w innych obszarach. Prawdą jest też, że jak wszystko inne, ADD może mieć różne nasilenie, a spektrum jego odmian jest bardzo szerokie.

Choć odkąd pamiętam, chciałem zostać lekarzem, na akademię medyczną trafiłem dopiero w wieku dwudziestu ośmiu lat, po kilku życiowych zakrętach. Tuż po dwudziestce stopniowo ograniczałem swoje akademickie ambicje, bo nie potrafiłem konsekwentnie się uczyć. Pewnego pamiętnego dnia na drugim roku wszedłem do sali egzaminacyjnej z przekrwionymi oczami, po przeczytaniu pięciu sztuk Szekspira od północy do siódmej rano. Niestety, pomyliłem terminy egzaminów – ten konkretny nie

dotyczył Szekspira, tylko literatury europejskiej. I tak to się odbywało, semestr po semestrze. Na trzecim roku zrezygnowałem. Na uczelni medycznej najgorzej wiodło mi się przez pierwsze dwa lata, gdy nacisk położony był głównie na nauki podstawowe, wykładane z porażającą szczegółowością. Nawet wtedy jednak przygotowania do egzaminu niezmiennie zaczynałem poprzedniego wieczoru. Z biegiem lat, w miarę jak kolejne przedmioty stawały się bardziej praktyczne i zorientowane na pacjenta, łatwiej było mi się zmotywować i zaangażować. A choć studia medyczne są trudne, wiążą się z licznymi terminami, egzaminami do zdania i przeszkodami do pokonania, jest to nie tyle jedno długoterminowe przedsięwzięcie, ile długa seria krótkich zadań.

Patrząc wstecz na swoje życie, dorośli z ADD widzi niespełnione intencje i niezliczone plany, które nigdy nie zostały w pełni zrealizowane. „Jestem osobą o permanentnym potencjale” – powiedział mi jeden z pacjentów. Początkowe przypływy entuzjazmu szybko opadają. Ludzie opowiadają o niedokończonych murach oporowych, które zaczęli budować ponad dziesięć lat temu, o częściowo skonstruowanych łodziach, które całymi latami zajmują miejsce w garażu, o rozpoczynanych i porzucanych kursach, przerywanych w połowie książkach, skreślonych przedsięwzięciach biznesowych, nienapisanych opowiadaniach i wierszach... o wielu, wielu nieprzebytych drogach.

Problem stanowią też umiejętności społeczne. Jest coś w ADD, co utrudnia zdolność rozpoznawania granic międzyludzkich. Choć są nieliczne dzieci z zespołem deficytu uwagi, które wzbraniają się przed dotykem, we wczesnym dzieciństwie większość z nich dosłownie wchodzi dorosłym na głowę i zasadniczo przejawia prawie nienasycone pragnienie kontaktu fizycznego i emocjonalnego. Do innych dzieci podchodzą z naiwną otwartością, która na ogół jest odtrącana. Mając kłopoty z odczytywaniem wskazówek społecznych, często są skazane na ostracyzm rówieśników. Rodzice cierpią, patrząc na wykluczanie ich dziecka z zabaw na szkolnym podwórku, przyjęć urodzinowych, noclegów u przyjaciół czy wymiany walentynkowych kartek.

Choć ADD na ogół wiąże się ze słabymi umiejętnościami społecznymi, nie zawsze tak się dzieje. Są dzieci z ADD bardzo komunikatywne i szalenie popularne. Z mojego doświadczenia wynika, że taki sukces skrywa brak pewności siebie w ważnych obszarach funkcjonowania i maskuje kruchą

samoocenę – świadomość tego może się jednak wyłonić dopiero w późnym wieku nastoletnim lub po przekroczeniu dwudziestki.

Dorośli z ADD mogą być postrzegani jako powściągliwi i aroganccy albo męcząco gadatliwi i grubiańscy. Wielu można rozpoznać po kompulsywnym żartowaniu, strzelaniu słowami niczym z karabinu maszynowego, pozornie przypadkowym i bezcelowym przeskakiwaniu z jednego tematu na inny oraz nieumiejętności wyrażenia jakiejś koncepcji bez wyczerpania całego słownika. „Nigdy w życiu nie dokończyłem żadnej myśli” – ubolewał pewien młody człowiek. Mężczyźni i kobiety z ADD cechują się niemal namacalną intensywnością bycia, na którą inni reagują niepokojem i odruchowym wycofaniem. „Zupełnie jakbym była z Marsa, a wszyscy inni z Ziemi” – powiedziała pewna czterdziestolatka. Inna kobieta wyraziła się zaś tak: „Wszyscy wydają się należeć do klubu jakichś miłych osób, a ja jestem wykluczona”. Wszechobecne jest poczucie bycia na zewnątrz i zerkania do środka; swoistego niezrozumienia przez otoczenie. Na spotkaniach towarzyskich zwykle dryfuję na obrzeża ze świadomością, że jakoś nie udaje mi się przeniknąć do sedna rozmów. Obserwuję dyskutujących ludzi, których mogę nawet dobrze znać, z bolesnym przeświadczeniem, że nie mam nikomu nic do powiedzenia. Rozmowy towarzyskie zawsze stanowiły dla mnie zagadkę. Czasami przyglądałem się ludziom toczącym ożywioną dyskusję i żałowałem, że nie mogę się stać niewidzialny, aby ich usłyszeć – nie po to, by podsłuchiwać, ale by raz na zawsze dowiedzieć się, o czym można rozmawiać. Pacjenci z ADD mówią mi o swoich doświadczeniach mniej więcej to samo. „Nie wiem, jak rozmawiać o błahostkach, albo boję się, że palnę coś głupiego” – powiedziała moja dwudziestosześcioletnia rozmówczyni. Prawda jest taka, że gdy dorosła osoba z ADD już włączy się do rozmowy, często nudzi ją drobiazgowo roztrząsanie płytkich jej zdaniem tematów.

Prowadząc wywiady z dorosłymi z zespołem deficytu uwagi, często trzeba nastawić się na kanonadę żartów. Zaskakujące zwroty i świadomie absurdalne skojarzenia ubarwiają historie życia, w których na ogół nie ma wiele do śmiechu. „Dzięki Bogu to tylko ADD” – powiedział mi jeden mężczyzna, gdy potwierdziłem jego diagnozę. „Zawsze myślałem, że jestem sałatką cesar, której brakuje grzanek”. Dzieci z ADD często odgrywają rolę klasowych klaunów.

Nastroje dziecka z ADD bywają kapryśne – radosny uśmiech w jednej chwili może przerodzić się w grymas niezadowolenia albo rozpacz. Wyda-

rzenia wyczekiwane z radością i rozpoczynane z wielkim animuszem często kończą się gorzkim rozczarowaniem i nadąsaną, oskarżycielską rejteradą. Stany emocjonalne dorosłych z zespołem deficytu uwagi także gwałtownie i nieprzewidywalnie się zmieniają. Dobre i złe dni przeplatają się bez wyraźnego powodu.

Wspólnym motywem każdego dnia, dobrego czy złego, jest dręczące poczucie braku czegoś, co jest w życiu ważne.

ROZDZIAŁ 3

Wszyscy moglibyśmy być wariatami

W codziennych rozważaniach na temat złożonych i nacechowanych silnymi emocjami sytuacji często ceni się nadmierne uogólnienia.

DOROTHY DINNERSTEIN, *The Mermaid and the Minotaur*

Zespół deficytu uwagi został nazwany „modą lat dziewięćdziesiątych”. Sceptycyzm co do faktycznej skali występowania ADD podsyca fakt, że żadna cecha tego zespołu nie jest na tyle unikatowa, by w takim czy innym stopniu nie występowała u wielu innych ludzi spoza populacji z ADD. Wrzucenie do jednego worka zbioru atrybutów osobowości w podręczniku psychiatrycznym nie tworzy automatycznie stanu patologicznego. Bardzo słusznie wiele osób zastanawia się, dlaczego zwykle cechy są definiowane jako objawy choroby. Wkrótce – ostrzega jeden z krytyków – wszystkie ludzkie przymioty zostaną nazwane chorobami. W lutowym wydaniu „Harper’s Magazine” z 1997 roku znalazła się okrutnie dowcipna recenzja podręcznika *DSM IV* autorstwa L.J. Davisa. Zgodnie z obecną diagnostyką psychiatryczną „każdy aspekt ludzkiego życia (oczywiście z wyjątkiem praktykowania psychiatrii) może być interpretowany jako patologia” – pisał Davis.

Ze statystyk instytucji Health Canada wynika, że ilość ritalinu przyjmowanego w Kanadzie w 1997 roku wzrosła ponad pięciokrotnie od roku 1990, w tym o 21 procent w ciągu ostatniego roku w tym przedziale czasu ⁹². Także w Stanach Zjednoczonych diagnozy ADD zaczęły mnożyć się na potęgę. Czy dzieci są faszzerowane lekami tylko dla wygody dorosłych? Niektórzy twierdzą, że stwierdzenie ADD jest kolejnym medycznym wykrętem wymyślonym dla spokoju ducha niekompetentnych rodziców i leniwych nauczycieli oraz użalających się nad sobą dorosłych, zbyt niedojrzałych, by stawić czoło wymogom życia.

Nawet osoby takie jak ja, uznające istnienie zaburzeń neurofizjologicznych i psychologicznych, którym nadano wspólną nazwę zespołu deficytu uwagi, mogą zadawać uzasadnione pytania: jak diagnozować ADD, jak należy go rozumieć, a w szczególności – jak leczyć. Społeczeństwo Ameryki Północnej próbuje przykryć wiele problemów ogromem leków, woląc ignorować społeczne i kulturowe przyczyny stresu. Nie znamy jeszcze długofalowych konsekwencji społecznych masowego przyjmowania farmaceutyków w leczeniu depresji, ADD i wielu innych schorzeń. Mnie też to niepokoi, choć przepisuję leki innym i sam je biorę.

Wielu osobom wydaje się też, że neurofizjologiczne wyjaśnianie określonych zachowań jest próbą usprawiedliwiania działań własnych bądź cudzych; obwiniania biologii o nasze występki i wady. Czy nie powinniśmy być odpowiedzialni za to, co robimy? – pytają. Czy ADD jest licencją na pobażanie sobie albo krzywdzące zachowania? Niedawno w Kolumbii Brytyjskiej obrońcy w sprawie o gwałt i morderstwo argumentowali, że ich klient nie może być pociągnięty do odpowiedzialności, ponieważ cierpi na zaburzenia obsesyjno-kompulsywne oraz zespół deficytu uwagi. Sąd mądrze odrzucił tę przesłankę. Wszyscy musimy brać odpowiedzialność za własne działania, bo w przeciwnym razie świat stałby się miejscem nie do życia. Ogromnym postępem społecznym byłoby jednak podjęcie pewnego wysiłku w celu zrozumienia, jakie doświadczenia zmieniają ludzi w złe, nieodpowiedzialne czy wręcz antyspołeczne istoty. Moglibyśmy wtedy podejść na przykład do kwestii przestępczości w zupełnie inny sposób. Odpowiedzialność niekoniecznie musi wiązać się z nieludzkim systemem sądownictwa karnego w dzisiejszej Kanadzie, czy w szczególności w Stanach Zjednoczonych, gdzie za krótkimi przebywa więcej ludzi niż w jakimkolwiek innym zachodnim kraju. Nie ulega wątpliwości, że znaczna część penitencjariuszy cierpi na ADD lub innego rodzaju możliwe do uniknięcia zaburzenia w samoregulacji ². Nie ma wątpliwości także co do tego, że trudno byłoby o perfidniejsze urządzenie zakładów penitencjarnych, w których warunki bytowe jeszcze zaostwiają mentalne dysfunkcje.

Ponieważ w obliczu ADD nie jesteśmy bezbronni, na poziomie osobistym próba zrzucenia odpowiedzialności za negatywne zachowania na obwody mózgowe do niczego nie prowadzi. Zamyka osobę w potrzasku bycia ofiarą. Bez względu na przekonujące wyjaśnienia neurofizjologiczne nikt – dzieci, małżonek, przyjaciele ani współpracownicy – nie powinien uznawać „prawa” takiej osoby do nieokazywania szacunku czy krzywdze-

nia. Poznanie psychologicznych i biologicznych mechanizmów ADD pozwala zyskać jakiś obraz, mapę – ale tylko mapę, nic ponadto. Choć pozbawionym jej ludziom pozostaje niewiele więcej niż zniechęcające poczucie własnej nieudolności, nie należy mylić mapy z podróżą. Nakreślenie kursu nadal zależy od jednostki.

Niektórzy rodzice sprzeciwiają się koncepcji ADD ze strachu przed stygmatyzowaniem i szufladkowaniem ich dzieci. Nie w smak im stawianie diagnozy medycznej dziecku, które poza pewnymi obszarami funkcjonowania radzi sobie zupełnie nieźle. Związane z tym obawy nie są bezpodstawne. Zbyt często łątka ADD staje się jedynie osądem charakteryzującym dziecko jako problematycznego ucznia, niezdolnego do normalnego zachowania. Wiele na ten temat zdradza używany język. Ludzie często mówią, że ten dorosły czy to dziecko „jest ADD”. To zaś faktycznie oznacza przyklejenie etykiety; sprowadzenie całej osoby do jednego obszaru słabości czy upośledzenia. Nikt nie jest ADD i nikt nie powinien być określany ani kategorizowany pod kątem tego czy jakiegokolwiek innego szczególnego problemu.

Rozpoznanie u dziecka ADD powinno być po prostu przejawem zrozumienia, że pomaganie mu wymaga kompetentnego i kreatywnego podejścia, a nie opinią o jego fundamentalnej i nieodwracalnej skazie. Zrozumienie to powinno umożliwiać nam wspieranie dziecka w wykorzystywaniu swego potencjału, a nie dodatkowo ów potencjał ograniczać.

Można się oczywiście spodziewać, że nawet ludzie wolni od uprzedzeń będą mieć trudności z pogodzeniem się z tą diagnozą. Naszemu zwykłemu sposobowi myślenia o chorobie (albo czymkolwiek innym) nie jest po drodze z niejednoznacznością. Pacjent albo ma zapalenie płuc, albo nie; albo cierpi na schorzenie wpływające na umysł, albo nie. Wiele osób odczuwa dyskomfort na myśl o dowolnym stanie umysłu postrzeganym jako „nienormalny”. Ale co, jeśli choroba nie jest odrębną kategorią? Jeśli nie istnieje granica oddzielająca „zdrowe” od „niezdrowego” i jeśli „nienormalność” jest po prostu występującą u danej jednostki większą koncentracją zaburzonych procesów mózgowych, zachodzących u każdego? Wtedy może po prostu nie dałoby się mówić o stałych, nieodwołalnych zaburzeniach mózgu, a każdy z nas pod presją stresujących okoliczności mógłby być uznany za podatnego na załamania i rozmaite psychiczne awarie. Wszyscy moglibyśmy być wariatami. Może nawet już nimi jesteśmy.

ADD wymyka się podziałom na normalność i nienormalność. Jeśli u każdego, kto wykazuje dowolną z jego oznak, stwierdzono by ADD, równie dobrze moglibyśmy dodawać ritalin do wody pitnej i zapisać większość mieszkańców uprzemysłowionego świata na grupową psychoterapię. Jak zauważyli doktorzy Hallowell i Ratey w książce *W świecie ADHD*, diagnoza ADD nie jest czymś kategoriowym, tylko kwestią skali. W pewnym punkcie ludzkiego kontinuum cechy kojarzone z ADD stają się na tyle uciążliwe, że w takim czy innym stopniu utrudniają danej osobie funkcjonowanie.

Wśród specjalistów pracujących z dziećmi lub dorosłymi z ADD łatwiej jest o konsensus w kwestii tego, jak przejawia się zespół deficytu uwagi, niż czym on jest. Mylące jest już samo w sobie pojęcie „zaburzenie” (ang. *disorder*). W terminologii medycznej oznacza ono dolegliwość lub chorobę, tymczasem ADD z całą pewnością nie jest ani jednym, ani drugim. Termin ten, zanim trafił do medycznego słownictwa, miał jednak jeszcze jedno znaczenie. „Jeśli wykazujesz wiele cech ADD – tłumaczę pacjentom – i jeśli przyczyniają się one do braku porządku w twoim życiu, to masz ADD. Czym jest porządek? Sposobem organizacji. Świadomie zaplanowaną sekwencją działań. Wiedzą, gdzie są rzeczy i co zrobiłeś, a co jeszcze zrobić trzeba. A jak nazywamy brak porządku? Nieporządkiem ³”.

Nie akceptuję ADD jako zaburzenia w sensie medycznym. ADD nie jest chorobą, pomimo nadania jej takiego miana przez niektóre autorytety. Jest to rodzaj upośledzenia, podobnego choćby do upośledzenia wzroku, które nie wiąże się z żadną chorobą.

Pytanie brzmi, skąd biorą się owe upośledzenia, wywołujące je nieprawidłowości fizjologiczne oraz związane z nimi zachowania i problemy psychologiczne? Pomimo zdumiewającego wzrostu wiedzy na temat ludzkiego mózgu, jaki nastąpił na przestrzeni ostatniej dekady ⁹³, dzisiejsza nauka nie udziela na to pytanie jednoznacznej odpowiedzi. Biorąc pod uwagę to, co już wiemy – oraz poprawkę na luki w wiedzy – jedynym kryterium wartości jakiegokolwiek wyjaśnienia dotyczącego zespołu deficytu uwagi jest sens owego wyjaśnienia w świetle doświadczeń ludzi i dostępnych faktów naukowych oraz możliwość produktywnego wykorzystania go do pomagania ludziom.

Właściwie wszyscy autorzy popularnych książek na ten temat twierdzą, że ADD jest dziedziczną chorobą genetyczną. Z nielicznymi godnymi

uwagi wyjątkami, pogląd genetyczny, z którym osobiście się nie zgadzam, przeważa również w dużej części dyskusji w kręgach zawodowych.

Moim zdaniem ADD można lepiej zrozumieć dzięki przyglądaniu się życiu ludzi, a nie tylko fragmentom DNA. Dziedziczność ma istotne znaczenie, ale znacznie mniejsze, niż się zwykle zakłada. Jednocześnie nie miałoby sensu sztuczne przeciwstawianie dziedziczeniu kwestii środowiskowych. Taki sztywny podział nie istnieje w naturze ani w umyśle żadnego poważnego naukowca. Jeśli w tej książce kładę nacisk na środowisko, robię tak po to, by zwrócić uwagę na kwestię, która w większości książek jest zanedbywana, a w żadnej nie została potraktowana z należytą drobiazgowością. Zaniedbanie to często prowadzi do paraliżujących deficytów w obszarze leczenia.

Ponieważ w ciele i mózgu zachodzi wiele biologicznych zdarzeń, które nie zostały bezpośrednio zaprogramowane przez dziedziczność, twierdzenie, że ADD nie ma głównie podłoża genetycznego, w żadnym razie nie oznacza negowania jego cech biologicznych – ani dziedziczonych, ani uformowanych pod wpływem doświadczeń. Genetyczne plany architektury i funkcji ludzkiego mózgu rozwijają się w procesie interakcji ze środowiskiem. ADD odzwierciedla biologiczne nieprawidłowości w określonych ośrodkach mózgu, lecz wiele jego cech – w tym leżąca u jego podstaw biologia – jest nierozzerwalnie związanych z fizycznymi oraz emocjonalnymi przeżyciami danej osoby.

Można powiedzieć, że dziedziczymy predyspozycje do ADD, lecz jest to bardzo dalekie od stwierdzenia, że zespół ten jest zdeterminowany genetycznie. Predeterminacja oznacza, że coś nieuchronnie się wydarzy. Predyspozycja jedynie zwiększa prawdopodobieństwo, że może do tego dojść, zależnie od okoliczności. Na rzeczywisty rezultat wpływa wiele innych czynników.