

ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

VEMA OF ASKLIPIOS

OCTOBER-DECEMBER 2002 VOLUME 1 No 4

QUARTERLY EDITION BY THE 1st NURSING DEPARTMENT
OF ATHENS TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTION

Ανακουφιστική φροντίδα σε παιδιά με καρκίνο
Ανακουφιστική φροντίδα σε ναυτία και έμετο
Διασχιστική (ψυχογενής) αμνησία
Η πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα
Εφαρμογή πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση
των κατακλίσεων
Κακόηθες μελάνωμα στομάχου

Palliative care for children
Palliative care in nausea and vomiting
Dissociative (psychogenic) amnesia
The course of the National Health System in Greece
The implementation of nursing protocol
for the management of pressure
Malignant melanoma of stomach



ΕΛΛΑΣ
ΕΛΛΑΣ
ΕΛΛΑΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1459/99
ΒΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

Κατεχάκη & Αβρανείου 3 - 115 25 ΑΘΗΝΑ

Περιεχόμενα**Από τη σύνταξη** 163**Ανασκοπήσεις****Ανακουφιστική φροντίδα σε παιδιά με καρκίνο.**
Α. Αυγέρης 164**Ανακουφιστική φροντίδα σε ναυτία και έμετο σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο.** Ε. Θεοδοσοπούλου, Ζ. Τσαμπαλάκη 169**Διασχιστική (ψυχογενής) αμνησία. Κλινική περιγραφή, επιδημιολογία, αιτιολογικές υποθέσεις, διαγνωστικές-θεραπευτικές προσεγγίσεις.** Ν. Μόσχος 178**Η πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα από το 19ο αιώνα μέχρι σήμερα και η ανάγκη ριζικών θεσμικών αλλαγών στη δομή και το ρόλο του.** Ε. Λαχανά, Σ. Κοτρώτσιου 186**Ερευνητική εργασία****Αποτελέσματα εφαρμογής νοσηλευτικού πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων στο 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας.** Σ. Διαμάντη, Σ. Μποζώνη, Ε. Αποστολίδη, Α. Σαρπούλου, Ε. Αναστασοπούλου, Μ. Ανδριακοπούλου 194**Ενδιαφέρουσα περίπτωση****Κακόηθες μελάνωμα στομάχου. Παρουσίαση περιστατικού με άγνωστη πρωτοπαθή εστία.** Θ.Γ. Οικονόμου, Δ. Τσούτσος, Κ. Φραγκιά, Ε. Γκόγκα, Σ. Παπαδόπουλος, Β. Γεωργούντζος, Ι. Ιωάννοβιτς 201**Περιεχόμενα τόμου 1** 204**Οδηγίες για τους συγγραφείς** 207**Contents****From the editors** 163**Reviews****Palliative care in children with cancer**
A. Avgeris 164**Palliative care of nausea and vomiting in patients with cancer.** E. Theodosopoulou, Z. Tsabalaki 169**Dissociative (psychogenic) amnesia. Clinical description, epidemiology, etiological hypotheses, diagnostical-therapeutical approaches.** N. Moschos 178**The course of the National Health System in Greece from the 19th century until today and the necessity for radical statutorial modifications in this structure and its role.** E. Lachana, S. Kotrotsiou 186**Original paper****The outcomes of implementation of nursing protocol for pressure ulcers management in 251 Hellenic Air Force hospital.** S. Diamanti, S. Bozoni, E. Apostolidi, A. Saropoulou, E. Anastasopoulou, M. Andriakopoulou 194**Case report****Malignant melanoma of the stomach. Report of a case presenting with unknown primary lesion.** T.G. Iconomou, D. Tsoutsos, K. Frangia, H. Gogas, S. Papadopoulos, V. Georgountzos, J. Ioannovich 201**Contents of volume 1** 204**Instructions to authors** 207

Διασχιστική (ψυχογενής) αμνησία

Κλινική περιγραφή, επιδημιολογία, αιτιολογικές υποθέσεις, διαγνωστικές-θεραπευτικές προσεγγίσεις

Ν. Μόσχος

Κλινικός Ψυχολόγος, Νοσηλεύτης,
Ψυχιατρική Κλινική, ΠΓΝ «Άγιος
Παντελεήμων», Νίκαια, Πειραιάς

Λέξεις κλειδιά: Διασχιστικές διαταραχές, υστερικές νευρώσεις διασχιστικού τύπου, διασχιστική αμνησία, διασχιστική φυγή, διασχιστική διαταραχή της ταυτότητας, αποπροσωποποίηση

Key words: Dissociative amnesia, psychogenic amnesia, dissociative disorders, dissociative fugue

Περίληψη Η διασχιστική αμνησία ανήκει στην κλινική οντότητα των διασχιστικών διαταραχών, οι οποίες χαρακτηρίζονται από την απώλεια της ενιαίας αντίληψης του εαυτού και από την διαφοροποιημένη και ξεχωριστή συμπεριφορά ενός μέρους του εαυτού. Ειδικότερα η διασχιστική, ή σύμφωνα με παλαιότερη ταξινόμηση ψυχογενής αμνησία, χαρακτηρίζεται από ξαφνική ανικανότητα στην ανάκληση των πληροφοριών, χωρίς την ύπαρξη κάποιου νευρολογικού αίτιου και συνήθως μετά από ένα έντονα στρεσογόνο γεγονός. Η διαταραχή αυτή αποτελεί ξεχωριστή ψυχιατρική νόσο αν και συμπτώματα ψυχογενούς αμνησίας μπορεί να παρατηρηθούν και σε άλλες ψυχιατρικές νόσους, γι' αυτό και στην παρούσα εργασία αναφέρονται τα διαγνωστικά κριτήρια καθώς και θέματα διαφοροδιάγνωσης. Αιτιολογικά η νόσος προσεγγίζεται στην εργασία με διάφορες υποθέσεις ξεχωριστού θεωρητικού υπόβαθρου, ενώ υπάρχει και εκτενής αναφορά στα διαγνωστικά εργαλεία, όπως ειδικά δομημένες κλινικές συνεντεύξεις και ειδικές κλίμακες διασχιστικών εμπειριών που βοηθούν ιδιαίτερα στην εκτίμηση της νόσου. Προτείνονται κλινικές, θεραπευτικές προσεγγίσεις διαφόρων τύπων η φαρμακευτική, η υποστηρικτική, καθώς και η ψυχοδυναμικού χαρακτήρα με τη χρήση της ύπνωσης. Η σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας των ασθενών αυτών στον προσωπικό, επαγγελματικό και κοινωνικό τομέα κάνει ιδιαίτερα σημαντική την περαιτέρω γνώση και διερεύνηση της ασθένειας, κάτι για το οποίο στοχεύει η παρούσα μελέτη.

Abstract Dissociative (psychogenic) amnesia. Clinical description, epidemiology, etiological hypotheses, diagnostical-therapeutical approaches. N. Moschos. *Clinical Psychologist Nurse, General Hospital of Nikea, Piraeus, Greece. Vema of Asklipios 2002, 1(4):178-185.* The dissociative amnesia is included in the category of dissociative disorders characterized by the loss of the whole perception of self as well as by differentiated and separated behavior of a part of self. Specifically in DSM-IV the dissociative-psychogenic in DSM-III-R-amnesia is marked by the sudden incapability of recalling information, without any neurological cause usually following a stress-causing event. Diagnostically it is a particular psychiatric disease though symptoms of dissociative amnesia can be traced to other psychiatric diseases and therefore in this article diagnostical criteria and issues of differential diagnosis are mentioned. This disease is examined through various hypotheses of different theoretical basis and there is also extensive report on the diagnostical means such as specifically structured clinical interviews and dissociative experience scales which are quite helpful to the assessment of disease. Moreover various types of clinical treatments such as the pharmaceutical ones, the supporting ones and the psychodynamical ones with use of hypnosis are suggested. The grave lowering of the activities of these patients from a personal, professional and social aspect makes further knowledge and research into this disease most significant, which is the aim of this study.

Εισαγωγή

Οι διασχιστικές διαταραχές αποτελούν μία συγκεκριμένη κλινική οντότητα, που καταγράφεται αυτόνομα στην τελευταία κατάταξη των ψυχιατρικών νοσημάτων

από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (DSV-IV). Το βασικότερο κλινικό σύμπτωμα στις ασθένειες αυτές, είναι η διάσχιση, η απώλεια δηλαδή της ενιαίας αντίληψης του εαυτού. Ένα μέρος της προσωπικότητας του ατόμου, είτε διαφοροποιείται με ξεχωριστή συμπεριφορά, είτε υπάρχει η αίσθηση του ατόμου, ότι έχει χάσει ένα κομμάτι του εαυτού του.¹

Το βασικότερο στοιχείο διαφοροδιάγνωσης με άλλες ψυχιατρικές νόσους, όπου υπάρχουν συμπτώματα διάσχισης, όπως οι ψυχωσικές διαταραχές, η μανιοκατάθλιψη καθώς και οι μεταιχμιακές διαταραχές, σχετίζεται με το ότι το βασικό ψυχοπαθολογικό εύρημα στους ασθενείς αυτούς είναι η διάσχιση και γύρω απ' αυτήν δομούνται τα υπόλοιπα στοιχεία της παθολογίας.²

Στην DSM-IV αναφέρονται συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια για τις εξής διασχιστικές διαταραχές: τη διασχιστική αμνησία, τη διασχιστική φυγή, τη διασχιστική διαταραχή της ταυτότητας και τη διαταραχή αποπροσωποποίησης. Η διασχιστική αμνησία χαρακτηρίζεται από μη οργανικού χαρακτήρα αδυναμία ανάκλησης βασικών πληροφοριών για την ίδια την προσωπικότητα καθώς και το οικείο περιβάλλον του ασθενή. Η διασχιστική φυγή χαρακτηρίζεται από επεισόδια ξαφνικών και μη αναμενόμενων ταξιδιών σε μακρινούς χώρους και συνδυάζεται με την περιορισμένη μνημονική δυνατότητα στοιχείων της προηγούμενης ζωής καθώς και με την ανάληψη νέας ταυτότητας και τρόπου ζωής στον καινούργιο χώρο. Η διασχιστική διαταραχή της ταυτότητας χαρακτηρίζεται από την παρουσία δύο ή και περισσότερων προσωπικοτήτων μέσα στο ίδιο πρόσωπο. Θεωρείται η πιο σοβαρή και χρόνια διασχιστική διαταραχή. Η διαταραχή της αποπροσωποποίησης χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα και επίμονα αισθήματα απόσπασης, διαχωρισμού, διαφοροποίησης ενός μέρους του σώματος από το όλο σώμα. Επίσης στην DSM-IV αναφέρονται και διασχιστικά σύνδρομα που δεν μπορούν επακριβώς να ταξινομηθούν σε κάποια απ' τις τέσσερις προηγούμενες διαταραχές.¹

Κλινική περιγραφή της διασχιστικής αμνησίας

Η διασχιστική (ψυχογενής) αμνησία χαρακτηρίζεται από ξαφνική ανικανότητα στην ανάκληση των πληροφοριών, που έχουν ήδη αποθηκευτεί στη μνήμη. Αυτή η ανικανότητα δεν μπορεί να εξηγηθεί από τη συνήθη λήθη και δεν υπάρχει μαρτυρία υποκείμενης εγκεφαλικής βλάβης. Η ικανότητα πάντως της εκμάθησης νέων πληροφοριών παραμένει στους ασθενείς με ψυχογενή αμνησία.³

Η αμνησία, γενικά, είναι η μερική ή ολική ανικανότητα για ανάκληση ή πιστοποίηση προηγούμενης εμπειρίας. Μπορεί να συμβεί σε νευρωσικές και ψυχωσικές διαταραχές, σε παθολογία του εγκεφάλου, περιλαμβανομένου του τραυματισμού του εγκεφάλου καθώς και σε παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αν η αμνησία προκληθεί από παθολογία του εγκεφάλου, συνήθως είναι αποτυχημένη μία δραστική ανάκαμψη. Αυτό σημαίνει ότι ακόμα και αν η πληροφορία δεν έχει καταγραφεί και δεν έχει εισχωρήσει στην αποθήκευση της μνήμης ή και εάν ακόμα δεν έχει καταγραφεί, αυτό

δεν μπορεί να ανακληθεί. Είναι πράγματι σχεδόν μόνιμα χαμένη. Στην ψυχογενή, όμως, αμνησία συνήθως η κατάσταση αυτή περιορίζεται στην αποτυχία για ανάκληση. Το ξεχασμένο υλικό είναι ακόμα εκεί, κάτω από το επίπεδο της συνείδησης, καθώς αυτό διαφαίνεται κάτω από συνθήκες ύπνωσης ή και σε περιπτώσεις όπου η αμνησία αυτόματα ξεκαθαρίζει.⁴

Πρόκειται για μία αναστρέψιμη διαταραχή, που χαρακτηριστικά εμφανίζεται με τη μορφή αναδρομικών κενών μνήμης, ύστερα από τραυματικά ή έντονα στρεσογόνα γεγονότα, όπως π.χ. πολεμικές μάχες, φυσικές καταστροφές, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, απώλεια σημαντικών ατόμων, απόπειρες αυτοκτονίας ή εκρήξεις βίας και απόπειρες ανθρωποκτονίας.⁵

Στις τυπικές αντιδράσεις της ψυχογενούς αμνησίας, τα άτομα δεν μπορούν να θυμηθούν το όνομά τους, την ηλικία τους, γονείς, συγγενείς, φίλους, ή κατοικία. Τα βασικά πρότυπα συνηθειών, όπως η ικανότητα τους να διαβάζουν, να μιλούν κ.ά. παραμένουν ανέπαφα. Στην κατάσταση αμνησίας, ένα πρόσωπο ίσως απομακρυνθεί από τα προβλήματα της πραγματικής ζωής, φεύγοντας μακριά. Το σύμπτωμα αυτό ονομάζεται κατάσταση ή επεισόδιο φυγής. Άνθρωποι με την εμπειρία ψυχογενούς αμνησίας, είναι τυπικά εγωκεντρικοί, ανώριμοι, ιδιαίτερα υποβόλιμοι, και έτσι βιώνουν την κατάσταση αυτή ως μοναδικό τρόπο αντίδρασης. Το άγχος τους γίνεται τόσο ανυπόφορο, που απωθούν πτυχές της προσωπικότητάς τους και της μνήμης τους, επιτρέποντας έτσι πιο ευχάριστα πρότυπα να μεταφερθούν. Η διασχιστική αμνησία είναι υψηλά επιλεκτική και αφορά μόνο υλικό, που είναι βασικά ανυπόφορο ή τραυματικό για το άτομο.⁴

Επιδημιολογία

Η ψυχογενής αμνησία είναι ο πιο κοινός τύπος διασχιστικής διαταραχής. Είναι περισσότερο συχνή στους εφήβους και στις γυναίκες, παρά στους άνδρες.³

Η διασχιστική αμνησία μπορεί επίσης να παρουσιαστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, από νεαρά παιδιά ως ενήλικους. Συνοδά συμπτώματα μπορεί να είναι κατάθλιψη, αποπροσωποποίηση, καταστάσεις trance, αναληψία, παλινδρόμηση στην ηλικία, απαντήσεις κατά προσέγγιση (π.χ. $2+2=5$). Συνοδές διαταραχές και επιπλοκές μπορεί να είναι διαταραχές διάθεσης, μετατροπής, διαταραχές της προσωπικότητας, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, διαπροσωπική και επαγγελματική έκπτωση, αυτοακρωτηριασμοί, επιθέσεις, αυτοκτονία. Τα άτομα με διασχιστική αμνησία παρουσιάζουν μεγάλη επιδεκτικότητα στην ύπνωση (όπως μετριέται με σταθμισμένα test). Πρόσφατα έχει αυξηθεί ο αριθμός των αναφερόμενων περιπτώσεων διασχιστικής αμνησίας που αφορούν λησμονημένα παιδικά τραύματα από σωματι-

κή/σεξουαλική κακοποίηση. Δεν είναι σίγουρο, αν η αύξηση αυτή οφείλεται σε μεγαλύτερη διαγνωστική δεινότητα ή υποβολιμότητα των ατόμων. Πάντως, καλό είναι ο κλινικός να αντιμετωπίζει προσεκτικά κάθε περίπτωση λησμονημένης παιδικής κακοποίησης, γιατί κινδυνεύει τόσο να υποδιαγνώσει, όσο και να υπερδιαγνώσει τη διαταραχή.⁵

Σε ένα τυχαίο δείγμα 1055 ατόμων διερευνήθηκε, με τη χρήση της Dissociative Experiences Scales, η εμφάνιση διασχιστικών εμπειριών και συμπτωμάτων κυρίως της ψυχογενούς αμνησίας και της αποπροσωποποίησης.⁶ Τέτοιου είδους διασχιστικές (όπως το άγχος ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών), εμπειρίες δεν είναι απαραίτητα παθολογικές, αφού δεν εμποδίζουν απαραίτητα τη λειτουργικότητα του ατόμου. Στο γενικό πληθυσμό, απ' όπου αντλήθηκε το δείγμα, οι διασχιστικές εμπειρίες μειώνονται με την αύξηση της ηλικίας, όπως άλλωστε και η δυνατότητα υπνωτισμού, βασικό διαγνωστικό κριτήριο για τις διαταραχές αυτές. Πέρα από τον παράγοντα της ηλικίας, δεν φαίνεται η κατανομή τους να επηρεάζεται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, το επαγγελματικό επίπεδο, η θρησκεία ή ο τόπος γέννησης. Αυτό δείχνει ότι κατά ένα μέρος τουλάχιστον η εμφάνιση διασχιστικών διαταραχών οφείλεται σε ενδογενείς παράγοντες παρά σε ψυχοκοινωνικές εμπειρίες. Ο ψυχοκοινωνικός παράγοντας, που φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο, είναι η σοβαρή και χρόνια παιδική κακοποίηση. Τα ευρήματα άλλων κλινικών μελετών, που χρησιμοποίησαν την Dissociative Experience Scale συνδυαζόμενα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οδηγούν στην πρόβλεψη ότι οι διασχιστικές εμπειρίες, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής της πολλαπλής προσωπικότητας, μπορεί να είναι αρκετά συχνές, με ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ του 5–10% του γενικού πληθυσμού. Πιστεύεται μάλιστα ότι τα διασχιστικά συμπτώματα μπορούν να ενυπάρχουν, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, σε ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών διαταραχών αναφερόμενα σε πολλές διαφορετικές ενότητες.

Αρκετοί ερευνητές πιστεύουν ότι η επιρρέπεια στη διάσχιση κατά την ενήλικη ζωή συνδέεται αναπτυξιακά με τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία. Παλαιότερες έρευνες γύρω από αυτήν την υπόθεση περιορίζονταν σε πολύ μικρά δείγματα παιδικών τραυμάτων. Ο Irwin (1994) αναλύοντας ένα ευρύ δείγμα διασχιστικών διαταραχών, όπως αυτές εκφράστηκαν στην ενήλικη ζωή, τις συσχέτισε με μετρήσεις των παιδικών τραυμάτων των ασθενών αυτών.⁷ Οι αναλύσεις του έδειξαν 3 βασικούς προδιαθεσικούς παράγοντες διάσχισης: (α) η απώλεια της οικογένειας κατά την παιδική ηλικία, (β) η ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση και (γ) η εξωοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση. Η διάσχιση

ως αμυντικός μηχανισμός, συμπεραίνει ο συγγραφέας, άμεσα ταυτίζεται με την απώλεια στην παιδική ηλικία όπως και με την άσκηση βίας. Αναγκαία προϋπόθεση είναι η βαθύτερη γνώση των παιδικών τραυμάτων των ασθενών για την επιτυχέστερη διάγνωση και θεραπεία.

Τύποι διαταραχών μνημονικής ανάκλησης

Αναφέρονται τέσσερις τύποι ψυχογενούς αμνησίας. Ο πρώτος, που είναι και ο πιο κοινός, αναφέρεται στην εντοπισμένη αμνησία και χαρακτηρίζεται από απώλεια μνήμης για τα γεγονότα μιας μικρής χρονικής περιόδου (λίγες ώρες έως λίγες ημέρες). Ο δεύτερος τύπος είναι η γενικευμένη αμνησία που αναφέρεται στην απώλεια της μνήμης για όλο τον χρόνο μιας εμπειρίας. Η επιλεκτική ή συστηματική αμνησία είναι ο τρίτος τύπος στον οποίο υπάρχει αδυναμία ανάκλησης μερικών μόνο γεγονότων κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης και μικρής περιόδου. Ο τέταρτος τύπος, είναι η συνεχής αμνησία που χαρακτηρίζεται από τη λήθη κάθε γεγονότος, καθώς αυτό συμβαίνει, μολονότι ο ασθενής είναι καθαρά ενήμερος για το τι συμβαίνει στο περιβάλλον εκείνη τη στιγμή.⁴ Η ψυχογενής αμνησία μπορεί επίσης να έχει πρωτογενή ή δευτερογενή οφέλη. Ένα παράδειγμα πρωτογενούς οφέλους είναι η περίπτωση μιας γυναίκας που παρουσιάζει αμνησιακά επεισόδια σχετικά με την γέννηση του μωρού της που πέθανε, έτσι προστατεύει τον εαυτό της από οδυνηρά συναισθήματα. Δευτερογενές όφελος θα μπορούσε να αναφερθεί στην περίπτωση ενός στρατιώτη που αναφέρει ξαφνικά αμνησία και ως αποτέλεσμα αυτής μετακινείται από την περιοχή της μάχης.³ Η πιο συχνή πάντως μορφή αμνησίας είναι η εντοπισμένη ή περιγεγραμμένη και ακολουθεί η εκλεκτική, ενώ πιο σπάνιες μορφές είναι η γενικευμένη και η συνεχής.⁵

Διαγνωστικά κριτήρια – Θέματα διαφορικής διάγνωσης

Το ξεκίνημα της νόσου είναι γενικά απότομο, και οι ασθενείς είναι συχνά ενήμεροι ότι έχουν χάσει τη μνήμη τους. Μερικοί μάλιστα είναι αναστατωμένοι για την απώλεια αυτή, ενώ άλλοι φαίνονται αδιάφοροι. Κάποιοι μάλιστα αναφέρουν μετά την αμνησιακή περίοδο, ένα «ελαφρύ σύννεφο» στη συναίσθησή τους κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής.³

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη διασχιστική αμνησία, αναφέρεται πως η προεξάρχουσα διαταραχή είναι ένα ή περισσότερα επεισόδια αδυναμίας του ατόμου να ανακαλέσει στη μνήμη σημαντικές πληροφορίες προσωπικές, συνήθως τραυματικής ή στρεσογόνου φύσης, που είναι πολύ εκτεταμένη για να εξηγηθεί στα πλαίσια της συνηθισμένης λησμοσύνης.⁵

Η διαφορική διάγνωση της διαταραχής από την οξεία απώλεια μνήμης 1 ξεκινά με μια θεώρηση ενός παραληρήματος ψυχωσικού χαρακτήρα, μιας αμνησιακής διαταραχής που μπορεί να οφείλεται σε τραύμα κεφαλής, μιας αγγειοκρανιακής ασθένειας ή ακόμα και σε επίδραση κάποιας ουσίας. Τα φυσιολογικά ευρήματα στη φυσική και στη νευρολογική εξέταση μπορούν να οδηγήσουν στη διάγνωση της διασχιστικής αμνησίας. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι επίσης, ότι η σύγχυση του ασθενή και ο αποπροσανατολισμός του κατά τη διάρκεια της αμνησιακής περιόδου, ακολουθούν ένα τραυματικό γεγονός.

Επίσης η διαφοροδιάγνωση πρέπει να γίνεται από την υπόκριση, με βάση την ύπαρξη σ' αυτήν ανιχνεύσιμου δευτερογενούς κέρδους και τη συνήθως μεγάλη επιδεκτικότητα για ύπνωση και διάσχιση στη ψυχογενή αμνησία. Αν η διαφορική διάγνωση είναι δύσκολη μπορεί να βοηθήσει η χρήση ύπνωσης ή συνέντευξης με αμυτάλη.⁵

Αιτιολογία

Η νευροφυσιολογική υπόθεση

Ο νευροανατομικός, νευροφυσιολογικός και νευροχημικός μηχανισμός της μνήμης είναι πολύ κατανοητός σήμερα. Η διαφορά μεταξύ της βραχυπρόθεσμης και της μακροπρόθεσμης μνήμης, ο κεντρικός ρόλος του ιππόκαμπου και η περιπλοκή του νευροδιαβιβαστικού συστήματος έχουν ταξινομηθεί. Το βασικό στοιχείο της υπόθεσης αυτής είναι ότι στη διασχιστική αμνησία δυναμικά υπάρχουν πολλές περιοχές του κεντρικού συστήματος που μπορούν να δυσλειτουργούν. Ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο είναι ότι η πλειοψηφία των ασθενών αυτών είναι ανίκανη να ανακάμψει οδυνηρές μνήμες στρεσογόνων και τραυματικών γεγονότων.¹

Ενδιαφέρουσα φαίνεται η περιγραφή της περίπτωσης ενός ασθενούς που είχε επαναλαμβανόμενα επεισόδια παροδικής απώλειας της μνήμης, τα οποία είχαν αποδοθεί σε ψυχογενείς αιτίες.⁸ Παρατηρήθηκε όμως ότι κατά τη διάρκεια των επεισοδίων αυτών διατηρούσε την αίσθηση της προσωπικής του ταυτότητας και παρουσίαζε συμπτωματολογία που ήταν ενδεικτική για επεισόδια οργανικής βλάβης. Η πολλαπλότητα εξάλλου και η μικρή διάρκεια των επεισοδίων του, παραπέμπουν σε επιληπτική αιτιολογία. Διάφοροι συγγραφείς έχουν βρει ότι οι περιπτώσεις που έχουν πολλαπλά και/ή σύντομα επεισόδια απώλειας μνήμης –μικρότερα της μίας ώρας– είναι πολύ πιθανόν να εμφανίσουν επιληψία παρόλο που το εγκεφαλογράφημα και η αξονική τομογραφία δεν παρουσιάζουν ευρήματα. Επίσης επισημαίνουν τη σημαντικότητα της αξιολόγησης των βλαβών της μνήμης σε παρόμοιες περιπτώσεις αφού βρήκαν σε ασθενή τους να παρουσιάζει οπισθοδρομική αμνησία ενώ αντί-

θετα η προδρομική μνήμη του είχε λιγότερο επηρεαστεί. Στη συγκεκριμένη περίπτωση το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα η αξονική και η μαγνητική τομογραφία ήταν φυσιολογικά αλλά δύο ΗΕΓ κατά τη διάρκεια του ύπνου επιβεβαίωσαν την ύπαρξη αμφίπλευρης εστίας στους κροταφικούς λοβούς. Ο ασθενής επίσης παρουσίαζε βλάβες στην προδρομική μνήμη που επέμεναν έξι μήνες μετά την ανάνηψη από τα οξέα επεισόδια. Τελικά οι συγγραφείς αυτοί επισημαίνουν τη μεγάλη αναγκαιότητα της προσεκτικής διαφορικής διάγνωσης της παροδικής οργανικής αμνησίας από αυτή που οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια.

Σε μία παρόμοια έρευνα που συνδυάζει το οργανικό και το ψυχολογικό υπόβαθρο της αμνησίας⁹ περιγράφεται η περίπτωση ενός 55χρονου άνδρα ασθενούς που παρουσίασε αμνησία και δύο επεισόδια φυγής μετά από ένα αδίκημα που διέπραξε. Η οργανική του μνήμη χειροτέρευε και αυτό αποδιδόταν σε πολλαπλά μικρά έμφρακτα και σε ένα μεγαλύτερο έμφρακτο στο αριστερό μέσο τμήμα του κροταφικού λοβού. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα η αμνησία του εξακολούθησε και ο ασθενής παρουσίαζε επίσης δυσκολίες στην ανάκληση αυτοβιογραφικών μνημών, παλαιότερων γεγονότων της ζωής του. Η δυσκολία αυτή στην ανάκληση πιθανόν να οφείλεται στην παρουσία μιας μετρίου βαθμού δυσλειτουργίας στο μετωπιαίο λοβό αλλά και στην ισχαιμία του αριστερού κροταφικού λοβού. Οι συγγραφείς τονίζουν τη σπουδαιότητα πιθανών οργανικών βλαβών στις περιπτώσεις ψυχογενούς αμνησίας.

Η μαθησιακή υπόθεση

Η μάθηση συχνά εξαρτάται από το περιεχόμενο στο οποίο αυτή συμβαίνει. Η πληροφορία που μαθαίνεται ή βιώνεται κατά τη διάρκεια μιας ειδικής συμπεριφοράς (π.χ. η οδήγηση ενός αυτοκινήτου), μιας φαρμακολογικής κατάστασης (π.χ. χρήση αλκοόλ) ή μιας νευροχημικής κατάστασης (π.χ. μια κατάσταση που συνδέεται με ένα συναίσθημα όπως η χαρά ή το πένθος), συχνά ανακαλείται μόνο όταν αναβιώνεται η αρχική κατάσταση ή είναι πιο εύκολα ανακλητή, ενώ αναβιώνεται η αρχική κατάσταση. Η θεωρία λοιπόν της εξαρτώμενης από την κατάσταση μάθησης απευθύνεται στη διασχιστική αμνησία στην οποία η μνήμη ενός τραυματικού γεγονότος καθώς και η συγκινησιακή κατάσταση που το συνοδεύει μπορεί να είναι τόσο έξω απ' την κανονική για το επηρεασμένο πρόσωπο, έτσι ώστε είναι ιδιαίτερα σκληρό για το άτομο αυτό να θυμηθεί πληροφορίες (μνήμες) που είχε αποκτήσει κατά τη διάρκεια του γεγονότος αυτού.¹

Αυτή η επιλεκτικότητα της μνήμης διαφαίνεται και από έρευνα στην οποία περιγράφεται η περίπτωση μιας ενήλικης γυναίκας που παρουσίασε ένα επταήμερο

επεισόδιο φυγής συνοδευόμενο από αμνησία και που μάλιστα ανέφερε πως στοιχεία απώλειας της αυτοβιογραφικής της μνήμης συνέβαιναν για πάνω από ένα χρόνο.¹⁰ Από τις επιδόσεις της σε διάφορα tests που υποβλήθηκε, διαφοροποιήθηκε από περιπτώσεις οργανικής αμνησίας. Επίσης φάνηκε να έχει διαφορετικό επίπεδο λησμοσύνης σε διάφορα στοιχεία της προσωπικής της ζωής. Αυτό το εύρημα, αναφέρουν οι συγγραφείς, εξηγείται μέσα από την ιεραρχικότητα της λησμοσύνης στη μνήμη και αναφέρεται στο ότι ασθενείς με ψυχογενή αμνησία μπορούν να φανερώσουν διαφοροποιημένα επίπεδα λησμοσύνης για διαφορετικού χαρακτήρα μνήμες.

Η ψυχαναλυτική υπόθεση

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση της διασχιστικής αμνησίας αναφέρεται στη θεώρηση ότι η αμνησία λειτουργεί πρωταρχικά ως αμυντικός μηχανισμός βάσει του οποίου το άτομο αλλάζει συνείδηση, ως ένας τρόπος διαπραγμάτευσης μίας συναισθηματικής σύγκρουσης με έναν εξωτερικό στρεσογόνο παράγοντα.¹

Ο βασικότερος αμυντικός μηχανισμός σε αυτή τη διαταραχή είναι η διάσχιση καθώς και η άρνηση στην οποία ένα μέρος της εξωτερικής πραγματικότητας αγνοείται από το εγώ.¹ Μπορεί επίσης η αμνησία να είναι και το αποτέλεσμα της απώθησης στο ασυνείδητο μη αποδεκτών από το άτομο σκέψεων και επιθυμιών, που θα του δημιουργούσαν έντονο άγχος αν γίνονταν αποδεκτές.⁵

Οι Domb & Beaman (1991) αναφέρουν πως η αμνησία ερμηνεύεται από το μηχανισμό της καταστολής.¹ Το να ξεχνάς, είναι μια ασυνείδητη διαδικασία η οποία εμποδίζει επώδυνες αναμνήσεις να εισέλθουν στο συνειδητό και συχνά συμβολίζει μια βασική σύγκρουση. Αναφέρουν μάλιστα ότι ο Stengel προτείνει ότι τα επεισόδια φυγής που μπορούν να συνοδεύσουν την ψυχογενή αμνησία μπορούν να αναπαριστούν μία δραπέτευση από την αυτοκτονία. Η περίπτωση που παρουσιάζουν, ενός πενήνταοκτάχρονου άνδρα με πλήρη απώλεια της προσωπικής του ταυτότητας μετά από ένα τραυματικό γεγονός, μπορούν να την ερμηνεύσουν ως μια δραπέτευση απ' την αυτοκτονία. Ο ασθενής αυτός διατηρούσε κάποιες αναμνήσεις συναισθημάτων που συνδέονταν με γεγονότα το περιεχόμενο των οποίων είχε ξεχάσει. Επίσης αξιοσημείωτο είναι ότι ανέκτησε τις μνήμες του όταν δημιούργησε, με την ανάλογη θεραπεία, κάποιες γέφυρες με τα επώδυνα γεγονότα που προηγήθηκαν της αμνησίας.

Πορεία και πρόγνωση

Τα συμπτώματα της διασχιστικής αμνησίας συνήθως σταματούν απότομα και η ανάρρωση είναι πλήρης. Σε

ορισμένες περιπτώσεις, ειδικά εάν πρόκειται για δευτερογενή οφέλη, η κατάσταση αυτή μπορεί να διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο κλινικός τότε πρέπει να προσπαθήσει να επαναφέρει στο συνειδητό του ασθενή τις ξεχασμένες του εμπειρίες όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Διαφορετικά είναι πιθανό να εδραιωθεί η διαταραχή αυτή και στο μέλλον νέα αμνησιακά επεισόδια να συμβούν ως μία μαθημένη αντίδραση των ασθενών αυτών σε στρεσογόνες συνθήκες.¹

Διαγνωστικά εργαλεία για τη διασχιστική αμνησία

Η δομημένη κλινική συνέντευξη

Γνωστά διαγνωστικά εργαλεία για άλλες διαταραχές όπως το Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) και το Diagnostic Interview Schedule (DIS) δεν περιέχουν κλίμακες για τις διασχιστικές διαταραχές. Για τις διασχιστικές διαταραχές υπάρχουν το Dissociative Experiences Scale και το Questionnaires of Experiences of Dissociation καθώς και το Perceptual Alteration Scale τα οποία δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο οι Steinberg et al (1990), διαφοροποιούμενοι από τα προαναφερθέντα διαγνωστικά εργαλεία για τις διασχιστικές διαταραχές, περιγράφουν τη δομημένη κλινική συνέντευξη για τις διαταραχές αυτές (Structured Clinical Interview For DSM-III-R Dissociative Disorders, SCID-D) η οποία ερευνά πέντε ομάδες διασχιστικών συμπτωμάτων (αμνησία, φυγή, αποπροσωποποίηση, σύγχυση ταυτότητας και εναλλαγή ταυτότητας) και εκτιμά τόσο τη σοβαρότητα των ατομικών συμπτωμάτων όσο και την αξιολόγηση της διάγνωσης των διασχιστικών διαταραχών.¹²

Το SCID-D περιλαμβάνει 200 ερωτήσεις οι οποίες μπορεί να είναι από αρκετά γενικές μέχρι πολύ συγκεκριμένες Follow-up ερωτήσεις, που συστηματικά ερευνούν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συμπτώματος. Κάθε θετική απάντηση ακολουθείται από ερώτηση όπως: «πως έμοιαζε αυτή η εμπειρία; πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;» για να καθοριστεί η φύση και η συχνότητα του επεισοδίου. Τα υποκείμενα βρήκαν τη συνέντευξη προσιτή, όχι τρομακτική και εύκολα κατανοητή. Οι απαιτούμενοι χρόνοι είναι 10 με 20 min για υγιή υποκείμενα, 20 με 50 min για ασθενείς χωρίς διασχιστική συμπτωματολογία και 40 με 70 min για ασθενείς με διασχιστική διαταραχή. Ο ειδικός που κάνει τη συνέντευξη μπορεί να κάνει κάποιες ερωτήσεις προκειμένου να διερευνήσει τη σύνθετη φύση των διασχιστικών συμπτωμάτων, τα οποία μπορεί να εξαφανίζονται με διαφορετική μορφή από ασθενή σε ασθενή. Επίσης καταγράφει μη λεκτικά συμπεριφοριστικά «κλειδιά» που είναι χαρακτηριστικά των διασχιστικών διαταραχών όπως η αμνησία για γεγονότα που συνέβησαν πριν τη

συνέντευξη. Ο ερευνητής πρέπει να είναι εκπαιδευμένος και η βαθμολόγηση γίνεται μέσα σε 5 με 10 min.

Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα, από μία μελέτη των συγγραφέων, σε 48 υποκείμενα με ή χωρίς ψυχιατρική διάγνωση έδειξαν καλή μέχρι εξαίρετη αξιοπιστία και πολύ καλή εγκυρότητα για το SCID-D ως διαγνωστικό εργαλείο για τις πέντε διασχιστικές διαταραχές που μελετά και ως εργαλείο για την εκτίμηση διασχιστικών συμπτωμάτων συνυπάρχοντα σε μη διασχιστικά σύνδρομα.¹²

Η κλίμακα διασχιστικών εμπειριών

Οι περισσότεροι ειδικοί στις διασχιστικές διαταραχές αναγνωρίζουν ότι αυτές συμβαίνουν και σε ήπιες μορφές, αλλά και σε παθολογικές καταστάσεις. Αυτές οι διαφορετικές καταστάσεις θεωρούνται ότι αποτελούν ένα συνεχές. Τι είναι όμως αυτό που διαχωρίζει τις φυσιολογικές από τις μη φυσιολογικές διασχιστικές εμπειρίες. Ο Nemiah (1980)¹³ τονίζει ότι οι παθολογικές διασχιστικές αντιδράσεις χαρακτηρίζονται από τη μη ολοκληρωμένη αίσθηση της ταυτότητας του ατόμου και από διαταραχές μνήμης.

Η Dissociative Experiences Scale (DES) αναπτύχθηκε λοιπόν για να προσφέρει αξιόπιστες μετρήσεις των διασχιστικών συμπτωμάτων τόσο σε υγιείς όσο και σε κλινικούς πληθυσμούς.² Τα θέματα (items) της κλίμακας αναπτύχθηκαν χρησιμοποιώντας κλινικά δεδομένα και συνεντεύξεις, κλίμακες που περιλαμβάνουν απώλεια μνήμης και συμπεράσματα-συζητήσεις με ειδικούς σε διασχιστικά θέματα. Δόθηκαν και πιλοτικά tests για να καλυτερεύσουν τα ερωτήματα και την τελική μορφή. Η κλίμακα είναι ένα self-report ερωτηματολόγιο 28 θεμάτων. Τα υποκείμενα σημειώνουν για κάθε ερώτηση μία κάθετο σε μία γραμμή για να δηλώσουν πως βρίσκονται σε ένα συνεχές. Επίσης συμπληρώνουν δημογραφικές πληροφορίες για να γίνουν συσχετίσεις μεταξύ αυτών των μεταβλητών και των σκορ της κλίμακας. Ο μέσος όρος όλων των θεμάτων κυμαίνεται από 0-100 και λέγεται DES σκορ. Η κλίμακα δόθηκε σε: υγιείς ενήλικους, μετέφηβους φοιτητές, αλκοολικούς, αγοραφοβικούς, άτομα που πάσχουν από φοβικές αγχώδεις διαταραχές, μετατραυματικούς ασθενείς, σχιζοφρενείς και ασθενείς με διαταραχές πολλαπλής προσωπικότητας.

Οι υποθέσεις που ελέγχουν την ανάπτυξη της κλίμακας των διασχιστικών εμπειριών είναι δύο: (α) ο αριθμός και η συχνότητα των διασχιστικών εμπειριών και συμπτωμάτων «απλώνονται» σε ένα συνεχές (υγιείς άνθρωποι στο ένα άκρο-ασθενείς με διασχιστικές διαταραχές ή με διαταραχές που έχουν κύρια διασχιστικά στοιχεία στο άλλο άκρο-ασθενείς με άλλου είδους διαταραχές κάπου ανάμεσα), (β) η κατανομή των διασχιστικών εμπειριών στον πληθυσμό δεν ακολουθεί μια

φυσιολογική διακύμανση, αλλά επηρεάζεται από πολλούς εξωγενείς παράγοντες.

Το DES φάνηκε να έχει καλή split-half αξιοπιστία καθώς και test-retest αξιοπιστία, έχει εσωτερική συνοχή και τα σκορ που παράγει είναι σταθερά στο χρόνο. Έχει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αυτό φαίνεται από το ότι τα σκορ των θεμάτων έχουν υψηλή συσχέτιση με τα σκορ της κλίμακας. Έχει καλή εγκυρότητα κριτηρίου και επιπλέον η κλίμακα φάνηκε να μπορεί να διακρίνει τα υποκείμενα που έχουν διαγνωστεί με διασχιστικές διαταραχές από εκείνα που δεν έχουν. Επίσης επιτρέπει την κατάταξη μέσα σε ένα συνεχές των διαφόρων διαγνωστικών ομάδων. Όπως λοιπόν ήταν αναμενόμενο, οι υγιείς ενήλικες ανέφεραν λιγότερες μορφές διασχιστικών εμπειριών, οι οποίες συμβαίνουν και σχετικά σπανιότερα, ενώ τα υποκείμενα με διασχιστικές διαταραχές ανέφεραν μεγαλύτερη ποικιλία διασχιστικών εμπειριών οι οποίες βέβαια συμβαίνουν συχνά.

Οι αλκοολικοί είχαν χαμηλά σκορ και αυτό γιατί η κλίμακα δεν μετρά τις διαταραχές της μνήμης που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών, ενώ όπως αναμενόταν, χαμηλά σκορ παρουσίασαν και τα υποκείμενα με αγχώδεις-φοβικές διαταραχές. Η διάσχιση δεν είναι ο κύριος μηχανισμός για τις διαταραχές αυτές, παρόλο που ανέφεραν στοιχεία αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης.

Τα παρόμοια σκορ των εφήβων και των σχιζοφρενών δείχνουν ότι η κλίμακα δεν είναι απλώς ένα όργανο μέτρησης της ψυχοπαθολογίας. Τα υψηλά σκορ των εφήβων παραπέμπουν σε υψηλά ποσοστά εμπειριών αποπροσωποποίησης και διάσχισης, όπως και άλλες έρευνες αναφέρουν για φοιτητές κολεγίων. Οι μετατραυματικοί αγχώδεις ασθενείς παρουσίαζαν επίσης υψηλά σκορ κάτι που δείχνει τη σχέση της διαταραχής αυτής με τις διασχιστικές. Οι ασθενείς με διαταραχές πολλαπλής προσωπικότητας είχαν το υψηλότερο μέσο όρο, πολύ παραπάνω από τις άλλες ομάδες. Αυτό τονίζει πως η διαταραχή αυτή είναι πιθανώς η σοβαρότερη των διασχιστικών.

Οι συγγραφείς συνοψίζουν ότι παρόλο που η DES δεν αποσκοπούσε να γίνει ένα διαγνωστικό εργαλείο, αποδείχτηκε χρήσιμη όσον αφορά τη σοβαρή διασχιστική ψυχοπαθολογία. Είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο που έχει τη δυνατότητα να διακρίνει μεταξύ των διαφόρων υποκειμένων τη διασχιστική συμπτωματολογία.²

Θεραπευτικές προεγγίσεις

Η πιο συνηθισμένη κλινική παρουσία της διασχιστικής αμνησίας διαδραματίζεται σε έναν σταθμό πρώτων βοηθειών ή σε μία στρατιωτική κλινική, ως αποτέλεσμα

ενός πολύ σοβαρού συναισθηματικού τραύματος. Παρά το γεγονός ότι πολλές φορές η διαταραχή θεραπεύεται από μόνη της θεωρούνται αναγκαίες οι γρήγορες επεμβάσεις πριν ο μηχανισμός της αμνησίας δομηθεί στην προσωπικότητα του ασθενή. Ενεργητικές και παθητικές μέθοδοι θεραπείας έχουν προταθεί. Τη στιγμή που η αμνησία προκαλεί άγχος στην οικογένεια και στους φίλους υπάρχει ανάγκη γρήγορης ανακούφισης. Οι συνεντεύξεις επικουρούμενες από ενδοφλέβια χορήγηση αμοβαρβιτάλης (αμυτάλης) καθώς και οι υπνωτικές τεχνικές μπορούν να έχουν αρκετά ταχεία αποτελέσματα. Αυτό που πρέπει να υποτεθεί είναι ότι ο ασθενής θα ξαναθυμηθεί και γεγονότα που του προκάλεσαν άγχος και πιθανότατα να βρεθεί σε καταστάσεις διέγερσης. Ο κλινικός πρέπει να τον αφήσει να πάρει μόνος του την απόφαση για τη θεραπεία, χωρίς να τον πιέσει, δίνοντάς του τον πρώτο λόγο. Σε επίπεδο φαρμακευτικό η συγχορήγηση μικρών δόσεων αμφetaμινών κατά τη διάρκεια της αγωγής με βαρβιτουρικά μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα.¹⁴

Μία άλλη προσέγγιση, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε μόνη της, είτε από κοινού με τις παραπάνω μεθόδους είναι η συντηρητική θεραπεία, όπου μακροχρόνιες υποστηρικτικές συζητήσεις με τον ασθενή, του επιτρέπουν να αναφερθεί στις μνήμες του, στους συνειρμούς του και τις συνδέσεις του, καθώς και στα συναισθήματά του. Αυτή η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση βοηθά τον ασθενή να βρει άμυνες πέρα από την αμνησία με τις οποίες μπορεί να διαπραγματευτεί με τα συναισθήματα του και τα στρεσογόνα γεγονότα που του προκαλούν τα συμπτώματα. Πάντως αυτό το οποίο πρέπει να τονιστεί είναι ότι, όπως και σε άλλες νευρωσικές συμπεριφορές, το αντιληπτικό γεγονός είναι ιδιοσυγκρασιακά συνδεδεμένο με την εσωτερική σύγκρουση, σε ένα δηλαδή καθαρά υποκειμενικό πλαίσιο, και δεν εμφανίζεται ιδιαίτερα στρεσογόνο σε άλλα άτομα εκτός από τους ασθενείς.¹⁴

Η ύπνωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί πρωταρχικά στη διασχιστική αμνησία. Σε ένα πρώτο επίπεδο βοηθά τον ασθενή ώστε να ξεκουραστεί αρκετά για να μπορέσει να ανακαλέσει ξεχασμένες μνήμες. Στην υπνωτική κατάσταση οι νοητικές απαγορεύσεις περιορίζονται και το κατεσταλμένο υλικό ενεργοποιείται στη συνείδηση και κατόπιν ανακαλείται. Όταν οι χαμένες μνήμες πλέον ανακτώνται, η ψυχοθεραπεία γενικά συστήνεται για να βοηθήσει τον ασθενή να έρθει σε διαπραγμάτωση με τις μνήμες του σε πιο συνειδητές καταστάσεις.¹

Οι Frischolz et al (1992) μελέτησαν τη δυνατότητα του υπνωτισμού σε διάφορες κλινικές ομάδες.¹⁵ Λόγω της συσχέτισης της δυνατότητας υπνωτισμού και της διάσχισσης, οι ασθενείς που πάσχουν από διασχιστικές διαταραχές ή άλλα ψυχιατρικά σύνδρομα που έχουν και δια-

σχιστική συμπτωματολογία, προβλέπεται να έχουν σημαντικά υψηλότερο σκορ δυνατότητας υπνωτισμού από υγιείς ανθρώπους ή από ασθενείς χωρίς διασχιστικές διαταραχές. Ανάλογα ασθενείς με συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία, όπως η σχιζοφρένεια θεωρούνται ότι έχουν χαμηλότερα σκορ δυνατότητας υπνωτισμού από υγιή άτομα ή από διασχιστικές κλινικές ομάδες. Διάφορες έρευνες έχουν επιβεβαιώσει αυτές τις προβλέψεις, δυστυχώς όμως δεν υπάρχει ένα ξεκάθαρο δείγμα δεδομένων και έτσι αυτά διαφοροποιούνται ανάλογα με τον τύπο της κλινικής διαταραχής που εξετάζεται ή με τον τύπο της κλίμακας δυνατότητας υπνωτισμού που χρησιμοποιείται. Ο σκοπός λοιπόν της παρούσης μελέτης είναι να ελέγξει αν επαληθεύονται ή όχι τα προηγούμενα δεδομένα σχετικά με τη δυνατότητα υπνωτισμού διαφορετικών κλινικών ομάδων. Χρησιμοποιήθηκαν 5 ομάδες: ασθενείς με διασχιστικές διαταραχές, ασθενείς με σχιζοφρένεια, ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης, ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές καθώς και μία ομάδα υγιών φοιτητών. Η δυνατότητα υπνωτισμού μετρήθηκε με 4 διαφορετικούς τρόπους: τις οφθαλμικές κινήσεις, το συνολικό σκορ στο Hypnotic Induction Profile, την επίδοση στην κλίμακα υπνωτικής ευαισθησίας του Stanford (Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C) και σε 2 προσωπικές διαβαθμίσεις της ικανότητας υπνωτισμού.

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι ασθενείς με διασχιστικές διαταραχές είχαν σημαντικά υψηλότερα σκορ δυνατότητας υπνωτισμού σε όλες τις κλίμακες απ' όλες τις άλλες ομάδες. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια από την άλλη, είχαν σημαντικά χαμηλότερα σκορ από τα υγιή υποκείμενα στις οφθαλμικές κινήσεις καθώς και στο συνολικό σκορ του υπνωτικού προφίλ, αλλά όχι στις άλλες μετρήσεις. Οι ασθενείς με διαταραχές διάθεσης είχαν σημαντικά χαμηλότερο σκορ στη συνολική επίδοση του υπνωτικού προφίλ απ' ό,τι τα υγιή υποκείμενα. Οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές δεν είχαν σημαντικές διαφορές από τα υγιή υποκείμενα. Εδώ όμως πρέπει να διευκρινιστεί ότι μόνο το 14% των ασθενών σ' αυτή την ομάδα ήταν φοβικοί ασθενείς, οι οποίοι σε άλλες έρευνες παρουσιάζονται με υψηλά σκορ δυνατότητας υπνωτισμού, αν και υπάρχουν και έρευνες που παρουσιάζονται με χαμηλά. Επιπλέον στην ομάδα αυτή δεν υπήρχε κανένας ασθενής με διαταραχή μετατραυματικού στρες, διαταραχή στην οποία πιστεύεται πως υπάρχουν υψηλότερα σκορ στον υπνωτισμό απ' ό,τι σε άλλες διαταραχές.

Οι συγγραφείς συμπερασματικά καταλήγουν ότι η ικανότητα υπνωτισμού θεωρείται ως ένα ιδιαίτερο αξιολογούμενο στοιχείο για μία διασχιστική διάγνωση και μπορεί να παίξει ένα σημαντικό ρόλο σε θέματα διαφοροδιάγνωσης για τις διαταραχές αυτές.

Επιγραμματικά λοιπόν, μπορεί να αναφερθεί πως η όποια δυνατότητα παρέμβασης υπάρξει (φαρμακευτική, υποστηρικτική, ψυχοθεραπευτική, με τη χρήση ύπνωσης) έχει ξεχωριστή σημασία να είναι όσο το δυνατόν γρήγορη και ουσιαστική ώστε να μη μπορέσει ο μηχανισμός της αμνησίας να επηρεάσει ουσιαστικά την προσωπικότητα του ασθενούς.

Βιβλιογραφία

1. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry*. Dissociative Disorders. 7th ed. William and Wilkins, Baltimore, 1994: 638–652
2. Bernstein EM, Putman FW. Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *J Nerv Ment Dis* 1986, 174: 727–735
3. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry*. Dissociative Disorders. 6th ed. William and Wilkins, Baltimore, 1991: 426–437
4. Carson RC, Butcher JN. *Abnormal Psychology and Modern Life*. 9th ed. Harper Collins, New York, 1992:205–213
5. Μάνος Ν. *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Αναθεωρημένη έκδοση*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997:325–338
6. Ross CA, Joshi S, Currie R. Dissociative Experiences in the General Population. *Am J Psychiatr* 1990, 147:1547–1552
7. Irwin HJ. Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *J Nerv Ment Dis* 1994, 162:456–460
8. Kopelman MD, Panayiotopoulos CP, Lewis PD. Transient Epileptic Amnesia Differentiated From Psychogenic “Fugue”: Neuropsychological, EEG and PET Findings. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1994, 57:1002–1004
9. Kopelman MD, Green EA, Guinan EM, Lewis PD. The Case of the Amnesic Intelligence Officer. *Psychological Medicine*. 1994, 24:1037–1045
10. Kopelman MD, Christensen H, Puffett A, Stanhope N. The Great Escape: A Neuropsychological Study of Psychogenic Amnesia. *Neuropsychologia* 1994, 32:675–691
11. Domb Y, Beaman K. Case of Amnesia. *Br J Psychiatr* 1991, 158:423–425
12. Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti DV. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: Preliminary Report on a New Diagnostic Instrument. *Am J Psychiatr* 1990, 147:76–82
13. Nemiah JC. Dissociative Disorders. In: Freedman AM, Kaplan HI (eds) *Comprehensive textbook of psychiatry*. 3rd ed. William and Wilkins, Baltimore, 1980:1544–1561
14. Reid WH. *The treatment of psychiatric disorders*. 184 Dissociative Disorders. Brunner/Mazel, INC, New York, 1989:266–272
15. Frischolz EJ, Lipman LS, Braun BG, Sachs RG. Psychopathology, Hypnotizability, and Dissociation. *Am J Psychiatr* 1992, 149:1521–1525

Corresponding author: N. Moschos, 49 Papanikoli street, GR-185 38 Kallipoli, Piraeus, Greece