

Amnezja dysocjacyjna: opis przypadku

Dissociative amnesia: a case study

IWONA GROBEL¹, MAŁGORZATA KOSTECKA¹, ELŻBIETA KALINOWSKA²

- Z: 1. I Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie
2. Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów
Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie

STRESZCZENIE. *Przedstawiono przypadek pacjentki z amnezją dysocjacyjną. Opisano okoliczności przyjęcia do szpitala, przebieg hospitalizacji i proces ustalania diagnozy. Rozważane są hipotezy tłumaczące przyczyny powstania zaburzenia.*

SUMMARY. *A case of dissociative amnesia in a female patient is presented. The circumstances of her hospital admission, the course of hospitalization, and the diagnostic process are outlined. Hypotheses explaining possible causes of the disorder are discussed.*

Słowa kluczowe: amnezja dysocjacyjna / diagnostyka / opis przypadku
Key words: dissociative amnesia / diagnostics / case study

Wg Rosenhana i Seligmana [2], przyczyną amnezji może być uraz fizyczny (np. uderzenie, rana postrzałowa mózgu), alkoholizm, choroba Alzheimera, udar. Należy jednak odróżniać amnezję pochodzenia organicznego od amnezji psychogennej. Po pierwsze, osobę cierpiącą na amnezję psychogenną zwykle trapią poważne kłopoty małżeńskie, finansowe lub zawodowe zanim pojawi się amnezja. Podobne problemy mogą się w ogóle nie pojawić u osób cierpiących na amnezję pochodzenia organicznego. Po drugie, amnezja psychogenna nie wynika z żadnego dającego się stwierdzić uszkodzenia nerwów.

Osoba cierpiąca na amnezję psychogenną przejawia cztery cechy utraty pamięci, których nie stwierdza się u osób cierpiących na amnezję organiczną. Po pierwsze, osoba taka zapomina o swojej przeszłości. Nie wie ile ma sióstr czy braci, nie pamięta dobrze utrwalonych faktów z odległej przeszłości ani zdarzeń z niedalekiej przeszłości, np. co jadła na śniadanie tuż przed pojawieniem się

amnezji. Osoba cierpiąca na amnezję organiczną dobrze pamięta odległą przeszłość – przypomina sobie, kto ją uczył w szkole, gdy miała sześć lat lub jaki był wyjściowy skład ulubionej drużyny piłkarskiej wiele lat temu. Natomiast słabo pamięta przeszłość najbliższą. Po drugie, osoba cierpiąca na amnezję psychogenną traci poczucie osobistej tożsamości – zapomina jak się nazywa, gdzie mieszka, jaki ma zawód itp., ale zasób wiedzy ogólnej nie ulega pośledzeniu. Nadal wie np., kto jest prezydentem, jaka jest bieżąca data, jak się nazywa stolica. Natomiast osoba cierpiąca na amnezję organiczną zapomina informacje zarówno osobiste, jak i ogólne.

Po trzecie, u osoby z amnezją psychogenną nie występuje niepamięć następcza; osoba ta dobrze kojarzy zdarzenia z okresu po wystąpieniu amnezji. Osoby cierpiące na amnezję organiczną wykazują poważną amnezję następczą, będącą wręcz najważniejszym jej objawem. Niewiele pamiętają z tego, co się wydarzyło po urazie organicznym (np. jak

się nazywał lekarz leczący uraz głowy). I wreszcie, amnezja psychogenna często cofa się nagle. Często znika w ciągu kilku godzin lub dni. W ciągu dwudziestu czterech godzin po odzyskaniu pamięci, człowiek przypomina sobie samo wydarzenie traumatyczne, które doprowadziło do utraty pamięci. W przypadku amnezji organicznej pamięć wsteczna wraca bardzo powoli. Prawie nigdy nie wraca pamięć następcza zdarzeń po leczeniu urazu, a wspomnienie samego urazu nie wraca nigdy.

Poniżej przedstawiamy opis przypadku, w którym znajdują zastosowanie cytowane zasady różnicowania.

OPIS PRZYPADKU

12 marca 1997 r. do izby przyjęć została przyprowadzona przez policję kobieta „NN”, lat ok. 35. Mówiła, że od poprzedniego dnia błąka się po ulicach nie wiedząc jak się nazywa, kim jest i gdzie się znajduje. Czuła się zagubiona i bezradna. Noc spędziła na ławce w parku. Rano zdecydowała się poprosić o pomoc przypadkowo spotkaną na ulicy osobę. Była zadbana, ubrana stosownie do pory roku, nie miała przy sobie dokumentów, torebki. W izbie przyjęć stwierdzono, że pacjentka jest w ciąży, co było dla niej zaskoczeniem. Nie pamiętała, czy kiedykolwiek wcześniej była w ciąży. Chętnie zgodziła się na pozostanie w szpitalu i przeprowadzenie ewentualnych badań.

Jedynym odchyleniem we wstępnej ocenie stanu psychicznego były zaburzenia pamięci i nieznacznie, adekwatnie do sytuacji obniżony nastrój. Nie stwierdzono odchyień w przedmiotowym badaniu internistycznym i neurologicznym. Wykonane badanie EEG, w którym podczas hiperwentylacji obserwowano nieliczne pojedyncze fale ostre w prawej okolicy tylna-skroniowej, nie dawało podstaw do rozpoznania organicznych zmian w o.u.n. usprawiedliwiających wymienione objawy. Badaniem ginekologicznym stwierdzono 23 tygodniową, prawidłowo rozwijającą się ciążę. Pacjentka już

wcześniej rodziła. Postawiono wstępne rozpoznanie amnezji dysocjacyjnej (psychogennej), choć istniało również podejrzenie symulacji. Zwrócono się do policji o pomoc w ustaleniu tożsamości pacjentki, rozpoczęto obserwację i badania psychologiczne.

Przez cały czas pobytu w oddziale utrzymywały się zaburzenia pamięci pod postacią niepamięci informacji dotyczących własnej osoby, z zachowaną zdolnością do zapamiętywania nowego materiału pamięciowego. Zwracało uwagę opanowanie i spokój pacjentki, co sama przypisywała specyficznej atmosferze szpitala. Głównym tematem jej spontanicznych wypowiedzi był dyskomfort związany z koniecznością przebywania w szpitalu, podczas gdy nie czuła się chora. Nie poruszała tematu ciąży i mającego urodzić się dziecka ani potomstwa, które już najprawdopodobniej ma. Była skoncentrowana na fakcie pobytu w oddziale, nie snuła przypuszczeń dotyczących przeszłości ani przyszłości. Biernie oczekiwała na jakąś zmianę, na to, że coś się jej przypomni. Mimo deklarowanej chęci jak najszybszego wyjścia ze szpitala, wyglądała na pogodzoną z zaistniałą sytuacją. Nie naruszona wydawała się struktura ogólnej wiedzy pacjentki. Bez problemów orientowała się w sytuacjach społecznych (np. zachowanie przy stole, na ulicy, podczas nabożeństwa), pamiętała przeczytane książki, obejrzone filmy, ze zrozumieniem oglądała wiadomości w telewizji i przeglądała codzienną prasę. Na co dzień dużo czytała (przede wszystkim kolorowe tygodniki), oglądała TV, zajmowała się drobnymi pracami w ramach terapii zajęciowej. Chętnie godziła się na rozmowy, badania, nie stwarzała trudności współpracując z policją usiłującą ustalić jej tożsamość. Korzystała z wyjść poza szpital dość pewnie poruszając się po ulicach Śródmieścia, co nasunęło przypuszczenie, że pochodzi z dużego miasta. Podczas jednej z rozmów w gabinecie sama zwróciła uwagę, że nieobca jest jej maszyna do pisania i klawiatura komputerowa. Okazało się, że dość sprawnie posługuje się nią. Ciekawostką jest

fakt, że w pierwszych dniach pobytu inni pacjenci nadali pani „NN” imię, które później okazało się jej prawdziwym imieniem.

We współpracy z Kliniką Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie dwukrotnie próbowano zastosować hipnozę. Próby te nie powiodły się. Pacjentka była spięta, nie potrafiła się rozluźnić. Przed kolejnymi próbami zalecono trening autogenny Schultza, co również nie dało efektów – utrzymywała, że w warunkach szpitala nie jest w stanie odprężyć się, zrelaksować. Nie zgodziła się na proponowane przeniesienie do Kliniki Nerwic. Twierdziła, że jest przywiązana do „swojego” oddziału i nie chce zmieniać otoczenia.

Przeprowadzone badania psychologiczne (testy Graham-Kendall, Bender) nie wskazywały na obecność patologii organicznej. Wynik testu symulacji (Zeigarnik) nie potwierdził celowego, symulacyjnego zachowania pacjentki. Przeprowadzono także test Wechslera i testy projekcyjne (TAT, test niedokończonych zdań Rottera, test Lüschera). Wyniki testu Wechslera potwierdziły prawidłowe funkcjonowanie pamięci w sferze wiedzy ogólnej. Stwierdzono, że jest ona osobą o przeciętnej inteligencji (IQ=91), spostrzegawczą, dobrze rozumiejącą sytuacje społeczne, posiadającą duży zasób słów i podstawową wiedzę. Na podstawie skal, w których uzyskała najniższe wyniki można wnioskować o lekko obniżonej zdolności do myślenia abstrakcyjnego i gorszym funkcjonowaniu pamięci bezpośredniej. Dane z testów projekcyjnych sugerują, że w przeszłości pacjentki miały miejsce jakieś trudne przeżycia związane z życiem rodzinnym. Wskazywały na to przeplatające się w teście TAT wątki śmierci, choroby i rozpacz w rodzinie z idealistycznymi, sielankowymi obrazami życia rodzinnego. Bardziej szczegółowych informacji o mechanizmach obronnych dostarczyły testy Rottera i Lüschera. Pacjentka radziła sobie z trudnymi emocjami za pomocą fantazjowania, uciekania od rzeczywistości w wyidealizowany, nierealny świat. Charakterystyczne było także stosowanie mechanizmu wyparcia.

W ustaleniu tożsamości pacjentki nie pomogły poszukiwania policji, ani zamieszczone w prasie komunikaty. Rezultaty przyniosło dopiero wystąpienie w telewizyjnym programie „Ktokolwiek widział, ktokolwiek wie...” W trakcie emitowanego „na żywo” (6 maja 1997 r.) programu pacjentka nie rozpoznała głosu telefonującej koleżanki, a potem ojca. Nic jej nie mówiły podawane przez nich jej dane personalne. Trzy dni później do szpitala przyjechali rodzice pacjentki. Twierdziła, że ich rozpoznała, choć nie od razu. Zaburzenia pamięci dotyczące własnej osoby utrzymywały się dalej. Zdecydowała się wraz z rodzicami wrócić do domu jeszcze tego samego dnia.

Rozmowa z rodzicami pacjentki była dość krótka, gdyż spieszyli się na powrotny pociąg. Uzyskano jednak następujące istotne informacje. Pacjentka ma 35 lat. Mieszka w mieście wojewódzkim. Nigdy poważnie nie chorowała. Była zdaniem rodziców zwyczajną, niczym nie wyróżniającą się dziewczyną. Nie było z nią żadnych problemów. Po ukończeniu Liceum Ekonomicznego podjęła pracę w Domu Kultury jako instruktorka – prowadziła dla dzieci i młodzieży zajęcia tańca, śpiewu, organizowała wycieczki. Rozpoczęła zaoczne studia pedagogiczne na Uniwersytecie Wrocławskim. Będąc na II roku oznajmiła rodzicom, że wychodzi za mąż za kolegę ze studiów. Była z nim w ciąży. Na weselu przypadkowo dowiedziała się, że jej mąż utrzymuje stosunki homoseksualne, m.in. z kolegą będącym świadkiem na ich ślubie. Po uzyskaniu tej informacji płacząc wyszła z przyjęcia weselnego. Nigdy nie zamieszkała z mężem. Dość szybko uzyskała rozwód. Urodziła syna, którego samotnie wychowywała. Po urlopie macierzyńskim, z powodu panującego bezrobocia nie mogła znaleźć pracy. Od dawna skarżyła się rodzicom na kłopoty finansowe. Utrzymuje siebie i 10-letniego już syna z zasiłku i alimentów. Ma mieszkanie w bloku, ale opalane węglem. Jesienią 1996 r. zabrakło jej pieniędzy na czynsz i opał. Rodzice zabrali ją więc do siebie. Od listopada

mieszka wraz synem w dwupokojowym mieszkaniu, gdzie oprócz rodziców mieszka też jej starsza siostra ze swoją 16-letnią córką. Rodzice są na emeryturze, ojciec dorabia jako stróż na budowie, siostra pracuje w jednym z miejskich urzędów. Pacjentka czyniła starania o znalezienie pracy. Często szukając ofert odwiedzała urząd zatrudnienia. 4 marca 1997 r. wyszła z domu do tego urzędu i nie powróciła. Rodzice nie wiedzieli, że pacjentka jest w ciąży. Matka podejrzewa, że ojcem spodziewanego dziecka może być pewien nie znany jej mężczyzna, który ostatnio często do pacjentki telefonował i z którym się chyba spotykała.

Na podstawie braku odpowiednich, jednoznacznych informacji w wywiadzie od rodziców i przeprowadzonych badaniach wykluczono organiczną przyczynę zaburzeń pamięci. Na podstawie obserwacji pacjentki w oddziale oraz badań psychologicznych odstąpiono od podejrzenia symulacji. Dane uzyskane od rodziców potwierdziły wstępnie postawione rozpoznanie amnezji dysocjacyjnej. Bez odpowiedzi pozostało jednak pytanie, co działo się z pacjentką między 4 a 12 marca, czyli między dniem zaginięcia a dniem przyjęcia do szpitala. Prawdopodobnie była to fuga, po przeminięciu której pozostały zaburzenia pamięci.

Z informacji od dziennikarzy TV, którzy pomogli w zorganizowaniu przyjazdu rodziców do kliniki i kontaktu z samymi rodzicami, można określić rodzinę pacjentki jako zamkniętą, hermetyczną, kontrolującą, z wyraźną barierą wstydu, lęku przed brakiem akceptacji społecznej, przed kompromitacją. Wskazują na to m.in. ukrywanie przez pacjentkę faktu, że jest w ciąży, ukrywanie przez rodziców zniknięcia pacjentki przed sąsiadami i dalszą rodziną, brak aktywności związanej z poszukiwaniem zaginionej (m.in. nie zgłoszono zaginięcia na policję). Wszyscy, którzy mieli kontakt z tą rodziną relacjonowali poczucie trudnej do opisanego atmosfery tajemnicy, niedopowiedzenia. Nasuwa się hipoteza, że zniknięcie pacjentki mogło być na rękę rodzinie wedle niedojrzałej, represyjnej

zasady „osoba z oczu, problem przestaje istnieć”. Pacjentka mogła czuć się osobą zbędną, obawiać się, że zbliżający się termin porodu jeszcze nasili odrzucenie. Niepamięć mogła pełnić funkcję ochronną wobec uświadomienia sobie trudnej pozycji. Samo zniknięcie natomiast może być nieświadomym komunikatem pragnienia uwagi, dostrzeżenia dobrych stron, odwołania się do poczucia winy rodziny i potrzeby przebaczenia. Niepamięć może też być formą zwolnienia z odpowiedzialności, wiąże się z koniecznością podejmowania decyzji przez innych.

Z telefonicznego kontaktu z pacjentką i jej rodziną po opuszczeniu szpitala wiadomo, że urodziła ona o czasie zdrową córkę, którą się troskliwie zajmuje. Zaburzenia pamięci utrzymują się. Niechętnie wychodzi z domu w obawie przed spotkaniem dawnych znajomych, których nie rozpoznaje na ulicy i to stawia ją w kłopotliwej sytuacji. Nie pyta o swoją przeszłość. Zgodnie z zaleceniami zgłosiła się do poradni zdrowia psychicznego.

KOMENTARZ

Przedstawiony materiał kliniczny, dane z badań psychologicznych oraz relacja z odnalezienia i spotkania z rodziną skłaniają do rozpoznania amnezji dysocjacyjnej poprzedzonej epizodem fugi. Powyższą diagnozę różnicowano z organicznym zespołem amnestycznym. W tym celu posłużono się kryteriami diagnostycznymi przedstawionymi w zamieszczonych niżej aneksach. Za rozpoznaniem amnezji dysocjacyjnej przemawiają:

-
- występowanie poważnych kłopotów rodzinnych i finansowych przed pojawieniem się amnezji,
 - brak informacji wskazujących na uszkodzenie o.u.n.,
 - występowanie cech utraty pamięci, jakich nie stwierdza się u osób z amnezją organiczną: niepamięć własnej przeszłości, utrata poczucia osobistej tożsamości, niewystępowanie amnezji następczej.
-

Ponadto stwierdzono inne fakty zgodne z kryteriami amnezji dysocjacyjnej: utrata pamięci nie związana była z organicznymi zaburzeniami psychicznymi, zakres niepamięci ulegał zmianie w czasie, jednakże utrzymywało się stale „jądro” niemożliwe do przypomnienia, stwierdzono nieznaczne obniżenie nastroju przy spokojnej akceptacji zaistniałej sytuacji, pacjentka jest osobą młodą.

Za wystąpieniem epizodu fugi dysocjacyjnej poprzedzającym hospitalizację przemawia spełnienie następujących kryteriów:

- pozornie celowa podróż poza miejsce zamieszkania, często do miejsc wcześniej znanych – jak wiadomo od rodziny, w przeszłości pacjentka regularnie przyjeżdżała do Warszawy w sprawach służbowych,
- zachowanie podstawowej troski o siebie – przy przyjęciu do szpitala po ośmiu dniach od wyjścia z domu pacjentka była czysta, zadbana, nie sprawiała wrażenia

wyczerpanej, nie stwierdzono cech niedożywienia,

- okres fugi pokryty całkowitą niepamięcią.

W aneksie przedstawiono szczegółowe kryteria diagnostyczne amnezji i fugi dysocjacyjnej zawarte w klasyfikacji ICD-10.

PODZIĘKOWANIE

Autorzy składają serdeczne podziękowanie Pani dr Barbarze Bigo i Pani dr Marii Golczyńskiej z Kliniki Nerwic IPiN w Warszawie za pomoc w procesie diagnostycznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków-Warszawa 1997, 133–134.
2. Rosenhan D., Seligman M.: Psychopatologia. Tom I. PTP, Warszawa 1994, 303–304.

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

Aneks 1 [wg 1]

F44.0 Amnezja dysocjacyjna

Główną cechą jest utrata pamięci, dotycząca zazwyczaj ważnych bieżących wydarzeń, nie związana z organicznymi zaburzeniami psychicznymi i zbyt nasiloną, by mogła wynikać ze zwykłego roztargnienia czy zmęczenia. Amnezja zwykle koncentruje się na takich wydarzeniach urazowych, jak wypadek czy nieoczekiwane osierocenie. Jest zazwyczaj częściowa i wybiórcza. Zakres i rozmiary niepamięci często zmieniają się z dnia na dzień i wobec różnych osób badających. Jednakże utrzymuje się stale „jądro” niemożliwe do przypomnienia w stanie czuwania. Całkowita i uogólniona amnezja jest

zjawiskiem rzadkim, zazwyczaj stanowi część fugi (F44.1) i w takim przypadku należy ją klasyfikować jako fugę. Amnezji mogą towarzyszyć bardzo różne stany afektywne, lecz głęboka depresja występuje bardzo rzadko. Wyraźne mogą być: poczucie zagubienia, distres, różnego stopnia zachowania przyciągające uwagę (*attention-seeking*), ale niekiedy uderza spokojna akceptacja. Zaburzenie występuje najczęściej u osób młodych, najbardziej skrajne przypadki dotyczą mężczyzn narażonych na stres pola walki. Nieorganiczne stany dysocjacyjne rzadko występują u osób starszych, u których może

pojawić się bezcelowe włóczenie się po okolicy, brak dbałości o siebie. Zaburzenia zwykle utrzymują się nie dłużej niż 1–2 dni.

Wskazówki diagnostyczne

Ostateczne rozpoznanie wymaga stwierdzenia:

- a) częściowej lub całkowitej niepamięci wydarzeń świeżych, o charakterze urazowym lub stresowym (możliwym do ustalenia za pomocą wywiadu obiektywnego),
- b) brak organicznego uszkodzenia mózgu, zatrucia lub znacznego wyczerpania.

F44.1 Fuga dysocjacyjna

Fugę dysocjacyjną charakteryzują wszystkie cechy amnezji dysocjacyjnej, a ponadto pozornie celowa podróż poza miejsce zamieszkania lub pracy. Dbalność o siebie jest zachowana. W niektórych przypadkach osoba ujawnia nową tożsamość, zazwyczaj

na okres kilku dni, choć czasami na dłuższy okres i to w sposób zadziwiająco pełny. Kierunek tak zorganizowanej podróży dotyczy nieraz miejsc wcześniej znanych i znaczących emocjonalnie. Choć okres fugi pokryty jest niepamięcią, zachowanie w czasie jej trwania może wydawać się osobom postronnym zupełnie prawidłowe.

Wskazówki diagnostyczne

Ostateczne rozpoznanie wymaga stwierdzenia:

- a) cech amnezji dysocjacyjnej (F44.0),
- b) celowego podróżowania poza okolicę znaną z codziennej rutyny (na podstawie danych od osób znających sytuację pacjenta, należy odróżnić podróżowanie od włóczenia się po okolicy),
- c) zachowanie podstawowej troski o siebie (jedzenie, mycie się itp.) i prostych interakcji z obcymi osobami (jak: kupowanie biletów czy benzyny, pytanie o drogę, zamawianie posiłków).