



SIMULIRANI PTSP

Dragica KOZARIĆ-KOVAČIĆ, Andreja BOROVEČKI,
Sonja UDOVIČIĆ, Dubravka KOCIJAN-HERCIGONJA
Klinička bolnica "Dubrava", Zagreb

UDK: 616.89-008-07

Stručni rad

Primljeno: 10. 2. 2003.

Dijagnozu posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) često je vrlo teško postaviti s potpunom sigurnošću. Zbog komplicirane diferencijalne dijagnostike PTSP-a i činjenice da se dijagnoza bazira najviše na simptomima koje donose pacijenti, PTSP nije teško simulirati. Ako postoji "sekundarna dobit", tada je problem mnogo naglašeniji, što je osobito prisutno u vještačkim evaluacijama. Valjana psihijatrijska evaluacija PTSP-a zahtijeva detaljan pregled dotadašnje medicinske, socijalne i ratne dokumentacije ako je riječ o PTSP-u koji je posljedica rata, procjenu bolesnika (anamneza, psihički status, intervju, opservacija, psihološka obradba) i dijagnostičku klasifikaciju. Posttraumatski stresni poremećaj može biti izoliran ili u komorbiditetu s drugim psihijatrijskim poremećajima koji se također mogu simulirati. Cilj rada jest prikazati klinička zapažanja o ponašanju osoba koje simuliraju posttraumatski stresni poremećaj tijekom forenzičnih evaluacija.



Dragica Kozarić-Kovačić, Nacionalni centar za psihotraumu,
Regionalni centar za psihotraumu, Odjel za psihijatriju, Klinička
bolnica "Dubrava", Av. G. Šuška 6, 10000 Zagreb, Hrvatska.
E-mail: dkozaric_kovacic@yahoo.com

UVOD

Postavljanje dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP-a) za "kliničara" je zahtjevan postupak, tim više što mora imati na umu da može biti riječ o simuliranom ili umišljenom poremećaju. Stoga "kliničar" treba vrlo dobro poznavati fenomenologiju i psihopatologiju psihičkih poremećaja, što je u forenzičnim procjenama vrlo osjetljiva zadaća, te time "kliničar" snosi i golemu odgovornost da pomogne društvu u razlikovanju istinskih bolesnika od simulanata (Resnick, 1993.).

Cilj ovog rada jest prikaz kliničkih zapažanja o ponašanju osoba koje simuliraju posttraumatski stresni poremećaj i

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 12 (2003),
BR. 3-4 (65-66),
STR. 541-559

KOZARIĆ-KOVAČIĆ, D.
I SUR.: SIMULIRANI PTSP

njemu komorbidne psihičke poremećaje, što se često viđa u psihijatrijskim evaluacijama vezanim uz ostvarivanje određene sekundarne dobiti. Nakon domovinskog rata aktualna je procjena oboljelih od PTSP-a i njemu komorbidnih psihičkih poremećaja radi procjene invaliditeta, pri čemu uz kliničku opservaciju dijagnostičar koristi i druge metode procjene. Također se procjena PTSP-a i njemu srodnih psihičkih poremećaja radi naknada štete i procjene invaliditeta susreće i u takozvanim "civilnim traumama" nakon silovanja, prometnih nesreća, pljački, u žrtava talačkih situacija itd. Budući da u dostupnoj literaturi postoji vrlo malo opisa kliničkih slika simuliranog PTSP-a, namjera nam je da temeljem našeg iskustva i iskustva drugih autora prikažemo neka od ponašanja osoba koje simuliraju PTSP.

PREGLED ISTRAŽIVANJA O SIMULIRANOM PTSP-U

Dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja uvedena je u klasifikacije 1980. godine i već tada je primijećeno da je povezana s pravnim formulacijama, procjenama uračunljivosti i potražnjom odštete (Sparr, 1995.). Lynn i Belza u radu objavljenom 1984. opisuju sedam slučajeva umišljenog PTSP-a u veterana koji nikada nisu sudjelovali u borbenim akcijama, a neki čak nisu nikada niti bili u Vijetnamu. Resnick 1993. u svom radu o detekciji simuliranih psihičkih poremećaja, uz ostale mentalne poremećaje, opisuje i razliku između simuliranog i genuinog PTSP-a (Resnick, 1993.). Istraživanja koja su se provodila posljednjih deset godina uglavnom su se koristila psihometrijskim vrednovanjem parametara koji su relevantni za otkrivanje razlike između simuliranog i objektiviziranog PTSP-a. Rogers i suradnici su pomoću SIRS-a (Strukturirani intervju za iznošenje simptoma) dokazali da osobe koje glume mentalne poremećaje (shizofreniju, poremećaje raspoloženja i PTSP) ne nastoje simulirati specifičan poremećaj, već navode nespecifične i po mogućnosti globalne psihičke smetnje (Rogers i sur., 1992.). U istraživanjima simuliranog PTSP-a Liljequist i suradnici su koristeći Upitnik za procjenu ličnosti (Personality Assessment Inventory – PAI) pokazali da sedam skala diferencira simulirani PTSP, kao i da simulanti postižu veće rezultate na Moreyjevoj ljestvici simuliranja od 8 čestica (Liljequist i sur., 1998.). Calhoun je koristeći PAI u procjeni simuliranja simptoma dobio da su bodovi $>$ ili $=$ 8 na NIMS skali (*Negative Impression Management Scale*) značajan dokaz simuliranja, ali i pogreške prilikom detekcije pravog PTSP-a (Calhoun i sur., 2000.). Najznačajniji psihometrijski mjerni instrument za diferenciranje simuliranja PTSP-a prema Elhaiu i suradnicima jest *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2), koji ima skale za procjenu agravanja simptoma, a time i simuliranja (Elhai i sur., 2001.). Frueh naglašuje konceptualnu i

praktičnu važnost upotrebe psihometrijskih skala u kliničkoj i znanstvenoj procjeni sindroma vezanih uz ratno borbena djelovanje (Frueh i sur., 2000.).

DIJAGNOSTIKA POREMEĆAJA

Prema MKB-10 posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) nastaje kao odgođeni i/ili produženi odgovor na stresni događaj ili situaciju izrazito opasne ili kobne naravi, što bi izazvalo duboku tjeskobu vjerojatno u svakog pojedinca (Međunarodna klasifikacija bolesti – deseta revizija, 1999. – MKB X). Prag za razvijanje poremećaja niži je ako su prisutni predisponirajući faktori poput crta ličnosti ili prethodna povijest neurotične bolesti (Lawrence i Fauerbach, 2003.).

Za postavljanje dijagnoze PTSP-a moraju biti zadovoljeni sljedeći dijagnostički kriteriji, prema *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*:

A) osoba je morala proživjeti doživljaj koji je izvan područja uobičajenog ljudskog iskustva, koji je izazvao intenzivan strah, jaku uznemirenost, bespomoćnost ili užas

B) stalno opetovano doživljavanje traumatskog događaja (intruzivna sjećanja, mučni snovi, *flash-backovi*, intenzivna psihološka patnja)

C) uporno izbjegavanje poticaja vezanih uz traumu ili pojava otupjelosti opće reaktivnosti (psihogena amnezija, smanjenje interesa za značajne aktivnosti, osjećaj odvojenosti ili otuđenosti, ograničen spektar afekata, osjećaj uskraćene budućnosti)

D) pojava simptoma pojačane pobuđenosti (smetnje sna, prekomjerna napetost i preosjetljivost, smetnje koncentracije, hipervigilitet, reakcija pretjeranog straha, agresivne reakcije) (DSM-IV, 1992.).

Premda je poremećaj spavanja najvjerojatnije jedini konzistentni i objektivno mjerljiv simptom (Van der Kolk i sur., 1984.), nije nuždan za postavljanje dijagnoze PTSP-a, kao niti stalni simptomi fiziološke pobuđenosti koji su objektivno mjerilo i značajna istraživačka varijabla pri dijagnostičkoj procjeni PTSP-a (Kolb, 1987.).

Kod procjene PTSP-a potrebno je postaviti neka važna pitanja:

1) Zadovoljava li ispričana i navedena PTSP-priča specifične kliničke kategorije za taj poremećaj?

2) Je li traumatski stresor koji se navodi kao uzrok PTSP-a bio dovoljne jačine da proizvede taj poremećaj?

3) Koja je psihijatrijska preincidentalna povijest tražitelja?

4) Temelji li se dijagnoza PTSP-a jedino na subjektivnom tražiteljevu izvješćivanju o simptomima?

5) Koja je aktualna razina tražiteljeva funkcionalnog psihijatrijskog oštećenja?

6) Koliko se u dijagnozi PTSP-a isprepleću medicinski, socijalni i drugi čimbenici? (Kozarić-Kovačić i Kocijan-Hercigovnja, 2001.).

DIJAGNOSTIČKA PROCJENA

Dijagnostička procedura i procjena bilo kojeg mentalnog poremećaja, pa tako i PTSP-a, sastoji se u:

- 1) otkrivanju etiologije (traumatičnih situacija)
- 2) formalnoj dijagnostičkoj proceduri prema valjanim suvremenim dijagnostičkim klasifikacijama (MKB-10, 1999.; DSM-IV, 1992.)
- 3) diferencijalnoj dijagnostici
- 4) funkcionalnoj procjeni osobe
- 5) forenzičkoj evaluaciji.

Otkrivanje traumatskih situacija

Središnja zadaća u "skriningu" PTSP-a uključuje otkrivanje postojanja situacija koje se obično doživljavaju kao traumatske. Stresni događaj koji je izvan područja uobičajenog ljudskog iskustva, osim s objektivnog stajališta, definiran je i subjektivnim doživljajem pojedinca (Fabra, 2002.). "Kliničari" moraju pomnivo procijeniti kako je pacijent doživio situaciju, kako se postavio prema njoj te koji ishod očekuje. Osjećaj duboke potresenosti, uhvaćenosti u zamku, gubitka osnovnih životnih vjerovanja, osjećaj da je život voljenih osoba u opasnosti, ugroženosti vlastitog integriteta i bespomoćnosti, pretpostavke su za razvoj PTSP-a (Wadington i sur., 2003.). Odgovor pojedinca na traumu ovisi o naravi stresora, ali i o individualnoj mogućnosti pokazivanja emocija (Moreau i Zisook, 2002.). Emocionalna ukočenost važna je komponenta odgovora na traumu, a emocije koje se češće pokazuju jesu one negativne – pobuđenost i eksplozivnost (Amdur i sur., 2000.). Negativan stav prema iskazivanju emocija jedan je od glavnih predisponirajućih čimbenika za posttraumatsku stresnu reakciju (Nightingale i Williams, 2000.). Hoće li osoba koja je doživjela traumu razviti PTSP, ovisi o više čimbenika: prijašnjoj traumi, psihijatrijskoj anamnezi, hereditetu duševnih bolesti, simptomima akutnog stresa, naravi biološkog odgovora (McFarlane, 2000.), ali i o patologiji karaktera pojedinca. Na traumatski stres osjetljivije su osobe narcističnog karaktera (Simon, 2002.), a simptome PTSP-a češće će razviti osobe s graničnim, opsesivno-kompulzivnim, izbjegavajućim i paranoidnim poremećajem ličnosti (Southwick i sur., 1993.).

Ako stresna situacija i doživljaj pojedinca zadovoljavaju A-kriterije prema DSM-V, pristupa se daljnjoj procjeni i detaljnom dijagnostičkom postupku.

Formalna dijagnostička procjena

Ona uključuje:

a) strukturirani intervju kojim će se obuhvatiti detaljne informacije u vezi s demografskim podacima, medicinskom povijesti, statusom onesposobljenosti, radnim statusom i radnom povijesti, socijalnom anamnezom i naobrazbom

b) psihijatrijski pregled koji obuhvaća iscrpnu procjenu psihičkog statusa, koja uključuje evaluaciju orijentacije, svijesti, motornog funkcioniranja, emocija i raspoloženja, pamćenja, mišljenja, prosuđivanja, vizualno-spacijalnih vještina, kognitivnog funkcioniranja (Kozarić-Kovačić i Kocijan-Hercigonja, 2001.b)

c) psihometrijske i psihodijagnostičke postupke (Kozarić-Kovačić i Kocijan-Hercigonja, 2001.a).

Psihometrijsko ispitivanje uključuje psihologijsko ispitivanje osobe koje osigurava specifične informacije u vezi s bodovima na primijenjenim psihometrijskim testovima za PTSP. Također omogućuje uvid u to jesu li psihometrijske mjere konzistentne ili inkonzistentne s dijagnozom PTSP-a, a zasniva se na normativnim podacima te omogućuje uspostavljanje standardiziranih normi, stupnjevanje PTSP-a na temelju psihometrijskih podataka (blagi, umjereni i teški) i uvid u ličnost osobe primjenom psihologijskih mjernih instrumenata (MMPI itd.).

d) multimetodnu procjenu ponašanja (bihevioralne, kognitivne i psihofiziološke mjere). Multimetodni pristup jest osobito koristan jer osoba može poricati ili preneglašivati simptome.

Diferencijalne dijagnoze

PTSP se često mora razlučiti od drugih dijagnostičkih kategorija koje se mogu javiti s njim. Ključni simptomi – anksioznost, ponavljajuće noćne more, flešbekovi, reakcije preplašenosti, fobično izbjegavanje događaja koji se odnosi na traumatski događaj – nisu dijagnostički karakteristični za druge mentalne poremećaje, ali mnogi pacijenti ne pokazuju uvijek "čiste" kliničke slike. Problemi u diferencijalnoj dijagnostici nastaju stoga što mnogi pacijenti s PTSP-om

a) često iznose dodatne simptome kao što su uznemirenost, umor, nesanica, teškoće u pamćenju i koncentraciji, gubitak seksualnog kapaciteta, socijalno povlačenje

b) u svakog pacijenta ne mora se razviti puni sindrom PTSP-a

c) s PTSP-om se mogu javiti popratno različiti drugi poremećaji, kao što su depresija, uzimanje sredstava ovisnosti, antisocijalno ponašanje, kratke psihotične epizode (Meek, 1990.).

Najčešće dijagnoze koje se mogu javiti nakon traume, izolirano ili kao komorbidne dijagnoze PTSP-u, jesu sljedeće (Resnick, 1993.):

Anksiozni poremećaji

Karakterističan je osjećaj tjeskobe, koji je normalna reakcija prilagođivanja, ali ako je pretjerano intenzivan i uvjetuje ponašanje i funkcionalnost osobe, smatra se psihičkim poremećajem. Manifestacije anksioznosti mogu biti uzrokovane dobro definiranim situacijama ili objektima koji zapravo nisu opasni (fobično anksiozni poremećaji), ili napadi anksioznosti nisu ograničeni situacijom, ili se ponavljaju (panični poremećaj), ili se pak radi o generaliziranoj i stalno prisutnoj anksioznosti (generalizirani anksiozni poremećaj). Dominantni simptomi anksioznih poremećaja jesu palpitacije, znojenje, drhtanje, osjećaj nedostatka zraka i gušenja, bol ili nelagoda u prsima, mučnina i želučane tegobe, vrtoglavica i osjećaj staha od gubitka kontrole ili strah od smrti (Kaplan i Sadock, 1998.). Središnja razlika između PTSP-a i drugih anksioznih poremećaja jest prisutnost specifične traume (koja nije kriterij za generaliziranu anksioznost ili panični poremećaj) i specifičnost vrste simptoma. Anksiozni poremećaji mogu se i komorbidno dijagnosticirati ako su dovoljno jasno izraženi. Što se tiče liječenja, iznimka može biti panični poremećaj zbog korištenja lijekova koji blokiraju paniku.

Depresivni poremećaji

Za osobu koja boluje od depresivnog poremećaja karakteristično je depresivno raspoloženje, gubitak interesa i sposobnosti uživanja, smanjenje energije, što uzrokuje povećani umor i smanjenu aktivnost. Drugi uobičajeni simptomi depresivnog poremećaja jesu smanjena koncentracija i pozornost, smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje, osjećaji krivnje i bezvrijednosti, sumorni i pesimistični pogledi na budućnost, ideje o samoozljeđivanju ili suicidu, poremećaji spavanja i smanjeni apetit (MKB-10, 1999.). Depresivni poremećaji su vrlo često komorbidni s PTSP-om. Najznačajnija razlika između PTSP-a i depresije jesu vegetativni simptomi depresije (tj. terminalna nesanica, promjene u apetitu, umor), gubitak zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima, suicidalne misli, pozitivna obiteljska anamneza za depresiju. Za razliku od genuinog depresivnog poremećaja kod kojeg je stanje obično lošije ujutro, u osoba koje simuliraju depresiju postoji razlika u izrazu lica i držanju tijela i sadržaja koji iznose (Peterson i sur., 1992.). Važno je, između ostalog, postaviti ovu dijagnozu i radi primjene odgovarajuće antidepresivne terapije.

Poremećaji prilagodbe

To su stanja subjektivnog "distresa" i emocionalnog poremećaja, koja obično remete socijalno funkcioniranje i postignuće, a nastaju u razdoblju prilagodbe na značajnu životnu promjenu ili su posljedica stresnog događaja koji pogađa integritet osobnog socijalnog okruženja ili širi sustav socijalne pot-

pore i vrijednosti. Individualna vulnerabilnost pojedinca može se manifestirati depresivnim raspoloženjima, anksioznošću, zabrinutošću, osjećajem nesposobnosti za svladavanje zadaća i planiranje budućnosti, uz određeni stupanj nesposobnosti u izvršavanju svakodnevnih poslova (MKB-10, 1999.). Klinički je ovu diferencijalnu dijagnozu najteže postaviti, a osnovne razlike između PTSP-a i poremećaja prilagodbe odnose se na razine stresora (intenzitet) i vrstu simptomatologije. Na kontinuumu intenziteta i razine stresora jasno je koji su stresori izvan normalnog ljudskog iskustva (npr. tortura, silovanje, rat itd.), a koji su unutar normalnog stupnja iskustva (npr. obiteljski problemi, rastava, gubitak posla itd.). Zapravo, potrebna je procjena koliko je gubitak ili bolest dio normalnog razvojnog procesa, jer tada nije zadovoljen kriterij A, nuždan za postavljanje dijagnoze PTSP-a. Što se tiče simptomatologije, ako osoba dobro ne funkcionira, ne može se dobro koncentrirati na posao, u nekoj mjeri je anksiozna ili depresivna, a nema svih potrebnih skupina simptoma za PTSP, tada je primjerenije dijagnosticirati poremećaj prilagodbe.

Antisocijalni poremećaj ličnosti

Karakteriziran je izraženom tendencijom impulzivnim postupcima bez razmišljanja o posljedicama te afektivnom nestabilnošću. Izljevi ljutnje u osoba s antisocijalnim poremećajem ličnosti često dovode do nasilja i eksplozivnog ponašanja (agresija prema drugim osobama ili životinjama, uništavanje imovine, laganje i krađa, ozbiljni zakonski prekršaji), pogotovo ako su izazvani kritikom okoline. U ponašanju dominira emocionalna nestabilnost i nedostatak kontrole nagona, nepokoravanje socijalnim normama, bezobzirno zanemarivanje svoje i tuđe sigurnosti bez grižnje savjesti (Morrison, 1995.). Vrlo često je teško razdvojiti ovaj poremećaj od PTSP-a, budući da može vrlo često biti prisutan s PTSP-om. Najvažnije je uzeti vrlo detaljnu socijalnu anamnezu i funkcioniranje osobe prije traume, osobito prije 15. godine života, te karakteristike ličnosti koje su se manifestirale nakon 18. godine i posljednjih pet godina života.

Shizofrenija

Shizofreni poremećaji karakterizirani su poremećajima mišljenja i percepcije, neadekvatnim ili otupjelim afektom. Svijest je obično jasna, a intelektualne sposobnosti očuvane, iako se može pojaviti i kognitivni deficit. Shizofreni poremećaj utječe na osnovne funkcije koje normalnoj osobi daju osjećaj individualnosti, jedinstvenosti i sposobnosti vlastitog odlučivanja. Osnovni kriteriji za postavljanje dijagnoze shizofrenije jesu postojanje karakterističnih simptoma (sumanutosti, halucinacije, smeten govor, jako smeteno ili katatono ponašanje,

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 12 (2003),
BR. 3-4 (65-66),
STR. 541-559

KOZARIĆ-KOVAČIĆ, D.
I SUR.: SIMULIRANI PTSP

osjećajna otupjelost) uz reduciranu efikasnost u radu, u socijalnim odnosima i brizi za vlastitu osobnost (DSM-IV, 1992.) Ponekad je početne slike shizofrenije i teškog PTSP-a teško razlučiti, i to posebno u osoba koje su proživjele intenzivne traume (zarobljeništvo, torture itd.). Važno je uzeti detaljnu pretraumatsku anamnezu, a drugi važan čimbenik kod psihotičnih PTSP-a jest trajna prisutnost traumatskih sadržaja u aktualnoj kliničkoj slici. Osobe koje simuliraju psihozu ponašaju se u skladu s vlastitim razumijevanjem psihotičnog poremećaja, te je njihovo ponašanje obično bizarno, sa svojom "bolešću" privlače pozornost (Ritson i Forest, 1970.). Teže im je imitirati oblik nego sadržaj shizofrenog mišljenja, pa u svom statusu često pokazuju kognitivne deficite. U sadržaju mogu iznositi iznenadne napade iluzija i halucinacija, a na traženje da ih detaljno opišu, daju uopćene odgovore. Opis simuliranih slušnih halucinacija sadržava bombastične izraze, a da bi "kliničar" procijenio radi li se o simuliranju, potrebno je da detaljno pita o sadržaju halucinacija, koliko su one živopisne, kada se javljaju te što osoba čini da se odmakne od njih. Poznato je da se shizofrene halucinacije smanjuju kada je bolesnik uključen u radno-okupacijske aktivnosti, što se ne događa kod simuliranih halucinacija (Goodwin i sur., 1971.).

Jedan od simptoma simuliranih psihoza može biti i mutizam, koji se može otkriti naglim buđenjem bolesnika iz sna i neposrednim postavljanjem jednostavnog pitanja. Za razliku od genuinog mutizma gdje osobe traže način, mimikom i gestikulacijom, da izraze ono što žele, u osoba sa simuliranim mutizmom nema te inicijative (Daniel i Resnick, 1987.).

Konverzivni poremećaj

Kod konverzivnog poremećaja javlja se problem njegove diferencijalne dijagnostike od simuliranja, u čemu "kliničaru" pomaže sposobnost mjerenja svjesnog (Rosanoff, 1920.). Glavna distinkcija jest da konverzivni simptomi nisu pod voljnom kontrolom. Bolesnici s konverzivnim poremećajem nesvjesno obmanjuju sebe kao i druge, dok simulanti svjesno obmanjuju druge, ali ne i sebe (Engel, 1970.). U tablici 1 prikazan je klinički opis ponašanja osoba koje simuliraju i onih koje boluju od konverzivnog poremećaja.

● **TABLICA 1**
Diferencijalno-
dijagnostički elementi
u ponašanju bolesnika
s konverzivnim
poremećajem i
simuliranjem

Simuliranje	Konverzivni poremećaj
sumnjičavi, nekooperativni, neprijateljski izbjegavaju pregled izbjegavaju dijagnostičke i terapijske procedure odbijaju zaposlenje daju sve detalje traumatskog događaja	kooperativni, ovisni, oslanjajući vole preglede traže organsko objašnjenje svojih smetnji i zabrinuti su hoće li biti izliječeni mogu prihvatiti zaposlenje imaju uopćeno prikazivanje traumatskog događaja

Umišljeni PTSP

Kod postavljanja dijagnoze simulacije psihopatoloških fenomena, pa tako i PTSP-a, važno je dobro diferencijalno dijagnostički razlikovati simulaciju od umišljenog poremećaja (F 68.1), koji je definiran kao namjerno stvaranje ili hinjenje simptoma ili nesposobnosti, bilo tjelesnih bilo psiholoških, kojima je motivacija nepoznata (MKB-10, 1999.). Prema DSM-IV umišljeni poremećaj definira se kao hotimično izazivanje ili hinjenje tjelesnih ili psiholoških znakova ili simptoma s motivacijom preuzimanja uloge bolesnika, a izvanjski poticaj za takvo ponašanje (kao što su novčana dobit, izbjegavanje pravne odgovornosti) nije prisutan (Morrison, 1995.).

S obzirom na cilj rada poseban naglasak stavljen je na simuliranje.

Simuliranje

Simuliranje je stanje koje nije povezano s mentalnim poremećajem. Prema DSM-IV simuliranje je dobrovoljna prezentacija i iznošenje lažnih ili uveličanih fizičkih ili psihičkih simptoma, pod utjecajem vanjske motivacije (DSM-IV, 1992.).

Također ga se nalazi i u klasifikaciji MKB-10, a definirano je kao namjerno stvaranje ili hinjenje, bilo tjelesnih bilo psiholoških simptoma ili nesposobnosti, potaknuto vanjskim stresom ili pobudom, te se šifrira kao (Z 76.5).

U pozadini simuliranja postoji nezrela i poremećena ličnost, socijalno inadekvatna, bez osjećaja stida ili krivnje, s crtama psihopatske ličnosti (*British Encyclopedia of Medical Practice*, 1964.). U dijagnostičiranju simuliranja osnovno je polazište da se simulacija zasniva na bolesnikovu poimanju simptoma bolesti, stanja i poremećaja, a ne na stvarnim anatomskim, fiziološkim ili psihopatološkim načelima. Stoga će lakše biti prepoznata simulacija u osobe koja slabo poznaje narav simptoma bolesti nego u upućenih ili stručnih osoba (Komar, 1992.).

Na simuliranje se može posumnjati ako u ponašanju osobe:

- a) postoji nesklad između objektivnih nalaza i bolesnikovih tvrdnji u vezi s bolešću
- b) bolesnik nastoji izbjeći preglede i pretrage, ne surađuje s dijagnostičarem
- c) bolesnik pokazuje pretjeranu zabrinutost zbog svojih simptoma
- d) postoji tendencija prenaglašivanju simptoma
- e) uočava se nekonzistentnost u iznošenju simptoma, uz pojavu bizarnih, neuobičajenih simptoma za bolest
- f) prisutni su elementi dramatičnosti i teatralnosti u bolesnikovu nastupu
- g) postoji razlika u bolesnikovu ponašanju pred dijagnostičarem u odnosu na situaciju kada misli da ga se ne vidi

h) bolesnikova "bolest" je uporna i ne reagira ili vrlo slabo reagira na pokušaje liječenja, uz bolesnikovu verbalizaciju skepse u pogledu mogućeg poboljšanja, ili se javlja pozitivno reagiranje na placebo (Skrabanek, 1977.).

Kod sumnje na simuliranje a prilikom kliničke procjene potrebno je modificirati intervju, produžiti ga, voditi ga u više navrata, koristiti brza ukrižana pitanja (Rogers, 1986.). U tako vođenom intervjuu osoba koja nastoji simulirati prikazat će se kao:

- a) marginalan član društva, sklon nepreuzimanju financijske odgovornosti
- b) s oskudnom povijesti zaposlenja
- c) prijašnjim inkapacitirajućim ozljedama
- d) prijašnjom velikom odsutnosti s posla
- e) opisuju sebe i prijašnje funkcioniranje u isključivo superlativnim izrazima
- f) iznosi kontradikcije u kliničkoj prezentaciji (nesposoban za rad, ali ima kapacitet za rekreaciju)
- g) nespreman je donijeti definitivne zaključke o povratku na posao ili dobivanju financijske rente
- h) odbija dati imena rođaka i prijatelja radi heteroanamneze (Resnick, 1984.).

Simulirani PTSP

Budući da je PTSP povezan s neuobičajenim događajima koji su često udruženi s fizičkim ozljedama, česti su i zahtjevi za materijalnim kompenzacijama, vještačenjima u civilnim i kaznenim postupcima, kao i u procjeni radne sposobnosti. U takvim situacijama kada postoji "sekundarna dobit", moguće je da osoba simulira bolest (Early, 1990.).

Osoba koja simulira uvijek ima vanjsku motivaciju:

- a) izbjegavanje kazne u forenzičkim postupcima (procesna sposobnost, sposobnost shvaćanja i upravljanja vlastitim postupcima)
- b) izbjegavanje vojske ili borbe
- c) traženje socijalnih i materijalnih kompenzacija (invaliditet, radna sposobnost, naknada štete)
- d) zatvorenici (da bi dobili lijek ili da ih se premjesti u bolnicu)
- e) traženje psihijatrijskog prijma da se izbjegne uhićenje (Elhai, 2000.).

Simuliranje nije jednostavno procijeniti te se stoga bolničkom opservacijom osobe često dobiva bolji uvid u psihičke smetnje, jer se mogu dobiti značajni klinički indikatori koji diferenciraju simuliranje od PTSP-a (Resnick, 1993.) (tablica 2).

PTSP	Simuliranje
umanjivanje povezanosti simptoma s ratom okrivljivanje sebe snovi s traumama o bespomoćnosti i krivnji poricanje emocionalnog utjecaja borbe protivljenje iskazivanju ratnih sjećanja krivnja preživjelog povezana s određenim događajem izbjegavanje okoline i situacija koje podsjećaju na rat pokazuju ljutnju na bespomoćnost	naglašavanje povezanosti simptoma s ratom okrivljivanje drugih snovi s traumama o grandioznosti i snazi potenciranje osjećaja uživanje u pričanju ratnih sjećanja generalizirana krivnja zbog preživljavanja rata neizbjegavanje okoline i situacija koje podsjećaju na rat ljutnja na autoritete

❶ **TABLICA 2**
 Klinički indikatori
 simuliranog PTSP-a

Kod sumnje na simulirani PTSP važno je dobiti na uvid prijašnju medicinsku, socijalno-radnu, psihološku i ratnu dokumentaciju. U slučaju ratne traume potreban je iscrpan ratni put (Sparr i Pankratz, 1983.), uz dodatni intervju, bilo otvoreni bilo strukturirani. U literaturi su poznati prikazi slučajeva sa simuliranim PTSP-om koji nikada nisu imali ratno iskustvo (Lynn i Belza, 1984.).

Takva iskustva postoje i u nas (Kozarić-Kovačić i sur., 2002.). Primjerice, bolesnik koji u intervjuu prilikom prvog pregleda navodi da je kao pripadnik specijalne postrojbe MUP-a bio zarobljen 1991., dva mjeseca proveo u logoru te se nakon razmjene i oporavka zbog ozljede glave i genitalija vratio u MUP, zatim ubrzo prešao u 1 GB. Zbog prenaplašivanja simptoma, napadnog ponašanja tijekom hospitalizacije, nekonzistentne prezentne psihičke simptomatike, nepoštivanja kućnog reda i izbjegavanja programskih aktivnosti i dijagnostičkih obradba, postavlja se sumnja na simulaciju. Na zahtjev nadležnim tijelima dostavlja se ratna dokumentacija iz koje se potvrđuje da bolesnik nije bio zaposlenik jedinica MUP-a te da nije evidentiran kao osoba koja se nalazila u zatočeništvu tijekom domovinskog rata, a boravak u gardijskoj brigadi nije bio povezan s direktnim borbenim iskustvom.

Od standardnih psihodijagnostičkih instrumenata za psihologijsku evaluaciju simulacije PTSP-a najčešće se koristi *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2). Njime se otkrivaju psihopatološka odstupanja u doživljavanju, mišljenju i ponašanju osobe (Jokić-Begić, 2000.), jer je, prema literaturi, MMPI-2 dokazano valjan instrument u identificiranju veterana koji prenaplašuju psihopatologiju radi ostvarivanja kompenzacije (Gold i Frueh, 1999.; Hyer i sur., 2000.; Elhai i sur., 2000.).

U psihologijskoj procjeni simuliranja PTSP-a koristan je i Rorschachov test kojim se ispituje mišljenje i sposobnost asocijacija, te je osobito dobar u procjeni psihodinamičkih odnosa, mehanizama obrane i finih poremećaja mišljenja (Kaplan

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 12 (2003),
BR. 3-4 (65-66),
STR. 541-559

KOZARIĆ-KOVAČIĆ, D.
I SUR.: SIMULIRANI PTSP

i Sadock, 1998.). Rorschachovim testom dokazano je da osobe koje simuliraju PTSP imaju usporene reakcije tijekom interpretacije kartica, iznose asocijacije dramatičnih sadržaja, skloni su čestom odbacivanju karata, nedosljedni su u davanju odgovora, emocionalno suzdržani i naglašenih promjena u ponašanju (Frueh i Kinder, 1994.).

U današnje doba, kada su simptomi poremećaja lako dostupni putem elektronskih i drugih medija, simuliranje PTSP-a i umišljeni PTSP sve se češće javljaju u traženjima naknada i sudskim postupcima u populaciji veterana, ali isto tako i u tzv. "civilnih žrtava" (Lynn i Belza, 1984.). Uz valjanu psihijatrijsku evaluaciju vrlo korisna metoda njihova otkrivanja jest postojanje informacije "iz treće ruke". Tada "kliničar" može postojećom informacijom konfrontirati simulanta, što je posebno učinkovito u osoba koje sabotiraju intervju i psihologijsko testiranje. Međutim, za tu metodu evaluacije bolesnika potrebna je uska suradnja bolesnikove obitelji, ali i koordinirana suradnja svih ustanova (zdravstvenih, socijalnih, vojnih) koje se susreću s problematikom veterana, dijagnozom PTSP-a i njihovim rješavanjem (Melton i sur., 1997.).

Funkcionalna evaluacija osobe

Identifikacija bolesnika koji pati od PTSP-a nije završetak evaluacije. Zapravo, to je početak. Sljedeći cilj je funkcionalna evaluacija osobe za plan liječenja, koja uključuje pretraumatsku povijest, neposredni pretraumatski psihosocijalni kontekst, sam događaj i neposredne strategije sučeljavanja te posttraumatski psihosocijalni kontekst (obiteljsku i društvenu potporu, odgovor društva). Potencijalni pretraumatski čimbenici rizika za PTSP mogu se grupirati u jedanaest kategorija (stresori PTSP-a, simptomi PTSP-a, sadašnji komorbiditet, doživotni komorbiditet, separacija i zlostavljanje u doba djetinjstva, demografski podatci, stresovi u životu, obiteljska anamneza, "suport", liječenje i oštećenje u funkcioniranju), a koji utječu na stupanj kroničnosti simptoma, kao i odgovora tijekom terapijskog tretmana (Simon, 1999.). Simptomi PTSP-a imaju direktan utjecaj na zdravlje, radni status i samopoštovanje oboljelog (Asmundson i sur., 2002.). Način sučeljavanja sa samim događajem može imati pozitivan utjecaj na daljnji razvoj osobe, ali i rezultirati patološkim simptomima, koji će s vremenom dovesti do povećane incidencije suicida veterana. Uspješno nošenje s traumom dokazano je u veterana koji su bili izloženi težim borbenim akcijama, a koji se kasnije u životu lakše sučeljuju s nedaćama, samodisciplinom, širim pogledom na budućnost, stjecanjem doživotnih prijateljstava i većim poštivanjem života. U tih veterana manja je učestalost simptoma PTSP-a (Aldwin, 1994.). Negativan posttraumatski

slijed događaja, kao što su gubitak posla ili prihoda, prekid emocionalnih odnosa, ozbiljna somatska bolest ili ozljeda te bolest ili smrt bliskog znanca, intenziviraju simptome PTSP-a, "kronificiraju" ih uz perzistiranje depresivne simptomatike i socijalno izbjegavajuće ponašanje (Maes i sur., 2001.).

Funkcionalnu procjenu osobe moguće je učiniti primjenom različitih upitnika, ali isto tako multiaksijalnom procjenom specifičiranom prema kriterijima DSM-IV, budući da se na petoj osi procjenjuje aktualno globalno funkcioniranje (GAF).

Forenzička procjena

Otkako je prije dvadeset godina PTSP uveden u psihijatrijsku nomenklaturu, postavljanje dijagnoze često je povezano sa sudskim i pravnim postupcima, djelomično stoga što je to jedan od rijetkih psihičkih poremećaja kojem se prema DSM-IV i MKB-10 navodi poznat uzrok. Budući da se vještačenje temelji na simptomima koje donosi bolesnik, a koji radi izbjegavanja zatvorske kazne ili proglašavanja neubrojivosti kako bi se zaobišao kazneni postupak mogu biti iskrivljeni, potrebna je detaljna i iscrpna forenzička procjena (Sparr, 1996.), kao i u procjenama naknada štete, invaliditeta ili drugim kompenzacijama.

Dijagnoza se donosi na temelju cjelokupne obradbe, i to prema valjanim dijagnostičkim kriterijima prema MKB-10 ili DSM-IV. U našoj situaciji češće se koristi MKB-10, koji se u nekim dijelovima razlikuje od DSM-IV u svezi s poremećajem vezanim uz traumu. Dijagnoza mora biti podržana:

- 1) nalazima psihijatrijske kliničke obradbe, uz onu psihometrijsku
- 2) ako postoje višestruki mentalni poremećaji, tj. komorbidne dijagnoze, potrebno je odvojiti svaku pojedinačno te njihovu povezanost s traumom
- 3) evaluacijom znakova i simptoma vezanih uz radno i socijalno funkcioniranje.

Postoje značajne razlike između kliničke i forenzičke evaluacije poremećaja. Forenzičkom procjenom mora se procijeniti vjerodostojnost simptoma, uključujući mogućnost simuliranja, povezanost simptoma i stresnog događaja, dugoročne posljedice navedene traume te emocionalne probleme njome uvjetovane (Lubit i sur., 2002.). Najveći izazov je evaluacija vjerodostojnosti simptoma koja je limitirana iluzornom objektivnošću traumatskog događaja i subjektivnošću razvijenog sindroma. Stoga se u evaluaciji uz klinički intervju, prikupljanje podataka iz raznih izvora, koriste i određene psihometrijske vrijednosne skale i psihofiziološki mjerni instrumenti koji se mogu predložiti kao dokazi i u civilnom i u kaznenom postupku (Pitman i Orr, 1993.).

Posttraumatski stresni poremećaj može dovesti do neubrojivosti u kaznenom postupku ako je prisutna prolazna

psihotična simptomatika uvjetovana kumulativnim efektom predisponirajućih faktora, abnormalnim obilježjima ličnosti i psihotičnim slomom (Kozarić-Kovačić, 1998.). Unatoč tome ipak se najčešće radi o osobama koje su u vrijeme izvršenja djela zbog kojeg su krivično gonjene, bile ubrojive unatoč prisutnosti PTSP-a, koji je samo doveo do naglašenosti već postojećih patoloških crta ličnosti (Mellman i sur., 1992.).

ZAKLJUČAK

Karakteristične reakcije na životno ugrožavajuću situaciju jesu uznemirenost, tjeskoba i strah, što je tipično za osnovni instinkt preživljavanja. Navedene emocije utječu na sjećanje pojedinca koji je proživio traumatsko iskustvo koje kasnije u životu lakše prepoznaje, pa nastoji izbjeći sličnu opasnu situaciju. U manjeg broja pojedinaca prirodna reakcija na traumu postaje nekontrolirana i vrlo intenzivna, rezultirajući simptomima PTSP-a. S jedne strane jačina PTSP-a varira u osoba u ozbiljnosti i trajanju, što ovisi o njihovim karakteristikama ličnosti i naravi traume s kojom se osoba suočila, a s druge strane važan je subjektivni doživljaj traumatskog iskustva. Simptomi koje pojedinac donosi mogu biti uvjetovani i nesvjesnim i svjesnim motivacijama, osobito u slučajevima postizanja takozvane sekundarne dobiti, te se mogu manifestirati bilo kao umišljeni poremećaj bilo kao simuliranje simptomatike.

Iako su dijagnostička procedura i psihološko testiranje korisni dijelovi forenzičke evaluacije, ključ u forenzičkoj evaluaciji jest iscrpna anamneza, koja uključuje radnu povijest, stresore godinu-dvije prije traume, stresore nakon traume, odnosne relacije, prethodna psihijatrijska liječenja, uzimanje alkohola ili drugih psihoaktivnih tvari, uzimanje lijekova, ono što je bilo dobro u životu osobe, je li njezino liječenje bilo duže od uobičajenog. Uz to je vrlo važno provesti i kliničku opservaciju bilo ambulantnu bilo bolničku.

Premda je procjena i dijagnoza PTSP-a često teška, nužna je i u planiranju odgovarajućih terapijskih postupaka, jer kroničnost, komorbiditet i somatizacija utječu na daljnju prognozu i eventualne posljedice poremećaja. Koliko simulirani i umišljeni PTSP imaju negativnih konotacija za pojedinca i društvo, toliko i neprepoznati i zanemareni PTSP može imati katastrofične posljedice za oboljelog i njegovu obitelj, jer pridonosi daljnjem pojačavanju problema.

LITERATURA

Aldwin, C. M. (1994.), *Transformational Coping*. U: *Stress, Coping, and Development* (240-270), New York-London, The Guilford Press.

Amdur, R. L., Larsen, R., Liberzon, I. (2000.), *Emotional Processing in Combat-related Posttraumatic Stress Disorder: a Comparison with Traumatized and Normal Controls*, *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3): 219-238.

Asmundson, G. J., Stein, M. B., McCreary, D. R. (2002.), Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Influence Health Status of Deployed Peacekeepers and Nondeployed Military Personnel, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(12): 807-815.

British Encyclopedia of Medical Practice (1964.), London. Vol. 8, p. 354-364.

Calhoun, P. S., Earnst, K. S., Tucker, D. D., Kirby, A. C., Beckham, J. C. (2000.), Feigning Combat-related Posttraumatic Stress Disorder on the Personality Assessment Inventory, *Journal of Personality Assessment*, 75(2): 338-350.

Daniel, A. E., Resnick, P. J. (1987.), Mutism, Malingering and Competency to Stand Trial, *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 15: 301-308.

Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorder, IV edition (1992.), Washington DC, American Psychiatric Association.

Early, E. (1990.), Imagined, Exaggerated and Malingered Post-Traumatic Stress Disorder. U: L. C. Meek (ur.), *Post-Traumatic Stress Disorder: Assessment, Differential Diagnosis and Forensic Evaluation* (p. 137-156), Sarasota, Florida, Professional Resource Exchange, Inc.

Elhai, J. D. (2000.), *The Detection of Genuine and Malingered Posttraumatic Stress Disorder: An Examination of Fake Bad Indices on MMPI-2*. <http://www.lib.umi.com/dissertation/fullcit/9975591>

Elhai, J. D., Gold, P. B., Frueh, B. C., Gold, S. N. (2000.), Cross-validation of the MMPI-2 in Detecting Malingered Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Personality Assessment*, 75(3): 189.

Elhai, J. D., Gold, S. N., Sellers, A. H., Dorfman, W. I. (2001.), The Detection of Malingered Posttraumatic Stress Disorder with MMPI-2 Fake Bad Indices, *Assessment*, 8(2): 221-236.

Engel, G. L. (1970.), Conversion symptoms. U: C. M. MacBryde, R. S. Blacklow, (ur.), *Signs and Symptoms* (Fifth Ed.). Philadelphia, R. S. Lip-pincott.

Fabra, M. (2002.), So-called Trauma Criterium (a criterium of DSM-IV) in Posttraumatic Stress Disorder and its Significance for Social and Legal Insurance, *Versicherungsmedizin*, 54(4): 179-181.

Frueh, B. C., Kinder, B. N. (1994.), The Susceptibility of the Rorschach Inkblot Test to Malingering of Combat-related PTSD, *Journal of Personality Assessment*, 62(2): 280-298.

Frueh, B. C., Hamner, M. B., Cahill, S. P., Gold, P. B., Hamlin, K. L. (2000.), Apparent Symptom Over-reporting in Combat Veterans Evaluated for PTSD, *Clinical Psychology Review*, 20(7): 853-885.

Gold, P. B., Frueh, B. C. (1999.), Compensation-seeking and Extreme Exaggeration of Psychopathology among Combat Veterans Evaluated for Posttraumatic Stress Disorder, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(11): 680-684.

Goodwin, D. W., Alderson, P., Rosenthal, R. (1971.), Clinical Significance of Hallucinations in Psychiatric Disorders. A Study of 116 Hallucinatory Patients, *Archives of General Psychiatry*, 24: 76-80.

Hyer, L., Woods, M., Harrison, W. R., Boudewyns, P., O'Leary, W. C. (2000.), MMPI F-K Index Among Hospitalized Vietnam Veterans, *Journal of Clinical Psychology*, 45(2): 250-254.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 12 (2003),
BR. 3-4 (65-66),
STR. 541-559

KOZARIĆ-KOVAČIĆ, D.
I SUR.: SIMULIRANI PTSP

Jokić-Begić, N. (2000.), Psihologijski mjerni instrumenti u dijagnostici posttraumatskog stresnog poremećaja. U: R. Gregurek, E. Klain (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj – hrvatska iskustva* (str. 29-40), Zagreb, Medicinska naklada.

Kaplan, I. H., Sadock, J. B. (1998.), *Synopsis of Psychiatry* (p.195-197), Baltimore, Lippincott Williams and Wilkins.

Kolb, L. (1987.), A Neuropsychological Hypothesis Explaining Post-Traumatic Stress Disorder, *The American Journal of Psychiatry*, 144: 989-995.

Komar, M. (1992.), Obmanjivanje u ratu. U: E. Klain (ur.), *Ratna psihologija i psihijatrija* (str. 53-65), Zagreb, Glavni sanitetski stožer Republike Hrvatske.

Kozarić-Kovačić, D. (1998.), Reakcije na teški stres i poremećaji prilagođavanja. U: D. Kozarić-Kovačić, M. Grubišić-Ilić, V. Grozdanić (ur.), *Forenzička psihijatrija* (str. 181-189), Zagreb, Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske.

Kozarić-Kovačić, D., Kocijan-Hercigonja, D. (2001.a), Assessment of Post-Traumatic Stress Disorder and Comorbidity, *Military Medicine*, 166: 50-54.

Kozarić-Kovačić, D., Kocijan-Hercigonja, D. (2001.b), Procjena radne sposobnosti kod bolesnika s posttraumatskim stresnim poremećajem. U: D. Kocijan-Hercigonja, D. Kozarić-Kovačić (ur.), *Radna sposobnost i PTSP* (str. 14-22), Zagreb, Marko M usluge.

Kozarić-Kovačić, D., Borovečki, A., Vidošić, S., Tomić, Z. (2002.), Simulirani PTSP: prikaz slučajeva. U: *Treći hrvatski psihijatrijski kongres – sažeci radova* (str. 73), Osijek, Gradska tiskara Osijek.

Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A. (2003.), Personality, Coping, Chronic Stress, Social Support and PTSD Symptoms Among Adult Burn Survivors: A Path Analysis, *The Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 24(1):63-72.

Liljequist, L., Kinder, B. N., Schinka, J. A. (1998.), An Investigation of Malingering Posttraumatic Stress Disorder on the Personality Assessment Inventory, *Journal of Personality Assessment*, 71(3): 322-336.

Lubit, R., Hartwell, N., van Grop, W. G., Eth, S. (2002.), Forensic Evaluation of Trauma Syndromes in Children, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(4): 823-857.

Lynn, E. J., Belza, M. (1984.), Factitious Posttraumatic Stress Disorder: the Veteran Who never Got to Vietnam, *Hospital and Community Psychiatry*, 35(7): 697-701.

Maes, M., Mylle, J., Delmeire, L., Janca, A. (2001.), Pre- and Post-disaster Negative Life Events in Relation to the Incidence and Severity of Posttraumatic Stress Disorder, *Psychiatry Research*, 105(1-2): 1-12.

McFarlane, A. C. (2000.), Posttraumatic Stress Disorder: a Model of the Longitudinal Course and the Role of Risk Factors, *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5): 15-20.

Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – Deseta revizija (MKB-10). (1999.), Zagreb, Medicinska naklada.

Meek, L. C. (1990.), *Post-traumatic Stress Disorder: Assessment, Differential Diagnosis and Forensic Evaluation*, Sarasota, Professional Resource Exchange Inc.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 12 (2003),
BR. 3-4 (65-66),
STR. 541-559

KOZARIĆ-KOVAČIĆ, D.
I SUR.: SIMULIRANI PTSP

Mellman, T. A., Randolph, C. A., Brawman-Mintzer, O., Flores, L. P., Milanes, F. J. (1992.), Phenomenology and Course of Psychiatric Disorders Associated with Combat-related Stress Disorder, *American Journal of Psychiatry*, 149:1568-1573.

Melton, B. G., Petrila, J., Poythress, G. N., Slobogin, C. (1997.), *Psychological Evaluations for the Courts* (53-58), New York, The Guilford Press.

Moreau, C., Zisook, S. (2002.), Rationale for Posttraumatic Stress Spectrum Disorder, *The Psychiatric Clinics of North America*, 25(4):775-790.

Morrison, J. (1995.), *DSM-IV Made Easy* (311-315), New York, The Guilford Press.

Nightingale, J., Williams, R. M. (2000.), Attitudes to Emotional Expression and Personality in Predicting Posttraumatic Stress Disorder, *British Journal of Clinical Psychology*, 39(Pt 3):243-254.

Peterson, C. K., Prout, F. M., Schwarz, A. R. (1992.), *Post-traumatic Stress Disorder: a Clinician's Guide*, New York, Plenum Press.

Pitman, R. K., Orr, S. P. (1993.), Psychophysiological Testing for Post-traumatic Stress Disorder: Forensic Psychiatry Application, *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 21(1): 37-52.

Resnick, P. J. (1984.), The Detection of Malingered Mental Illness, *Behavioral Sciences and the Law*, 2(1): 21-38.

Resnick, P. J. (1993.), Defrocking the Fraud: the Detection of Malingering, *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 30(2): 93-101.

Ritson, B., Forest, A. (1970.), The Simulation of Psychosis: A Contemporary Presentation, *The British Journal of Psychology*, 43: 31-37.

Rogers, R. (1986.), *Conducting Insanity Evaluations*, New York, van Nostrand Reinhold.

Rogers, R., Kropp, P. R., Bagby, R. M., Dickens, S. E. (1992.), Faking Specific Disorders: a Study of the Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS), *Journal of Clinical Psychology*, 48(5): 643-648.

Rosanoff, A. J. (1920.), *Manual of Psychiatry* (p. 310), New York, John Wiley and Sons.Inc.

Simon, R. I. (1999.), Chronic Posttraumatic Stress Disorder: a Review and Checklist of Factors Influencing Prognosis, *Harvard Review of Psychiatry*, 6(6): 304-312.

Simon, R. I. (2002.), Distinguishing Trauma-Associated Narcissistic Symptoms from Posttraumatic Stress Disorder: a Diagnostic Challenge, *Harvard Review of Psychiatry*, 10(1): 28-36.

Skrabanek, P. (1977.), Briquet's Syndrome or Hysteria?, *The Lancet*, Jun, 1(8024): 1261-1262.

Southwick, S. M., Yehuda, R., Giller, E. L. Jr. (1993.), Personality Disorder in Treatment-Seeking Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder, *American Journal of Psychiatry*, 150(7): 1020-1023.

Sparr, L., Pankratz, L. D. (1983.), Factitious Posttraumatic Stress Disorder, *American Journal of Psychiatry*, 140(8): 1016-1019.

Sparr, L. F. (1995.), Posttraumatic Stress Disorder. Does it Exist?, *Neurologic Clinics*, 13(2): 413-429.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 12 (2003),
BR. 3-4 (65-66),
STR. 541-559

KOZARIĆ-KOVAČIĆ, D.
I SUR.: SIMULIRANI PTSP

Sparr, L. F. (1996.), Mental Defenses and Posttraumatic Stress Disorder: Assessment of Criminal Intent, *Journal of Traumatic Stress*, 9(3): 405-425.

Van der Kolk, B., Blitz, R., Burr, W., Sherry, S., Hartman, E. (1984.), Nightmares and Trauma: A Comparison of Nightmares after Combat with Lifelong Nightmares in Veterans, *The American Journal of Psychiatry*, 141: 187-190.

Waddington, A., Ampelas, J. F., Mauriac, F., Bronchard, M., Zeltner, L., Mallat, V. (2003.), Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): The Syndrome with Multiple Faces, *L'Encephale*, 29(Pt 1): 20-27.

Malingering PTSD

Dragica KOZARIĆ-KOVAČIĆ, Andreja BOROVEČKI,
Sonja UDOVIČIĆ, Dubravka KOCIJAN-HERCIGONJA
Clinical Hospital "Dubrava", Zagreb

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a difficult diagnosis to make with certainty. Because of its complicated differential diagnosis and the fact that PTSD's diagnosis is based largely on symptoms that are reported by the patient, PTSD is not hard to malingering. In the cases of compensation-related purposes such as forensic evaluations, the diagnostic problem is more sensitive. A valid psychiatric assessment of PTSD demands detailed review of the patient's previous medical, social and combat documentation, evaluation of the patient (anamnesis, structured clinical interview, observation, psychological assessment) and diagnostic classification. Besides post-traumatic stress disorder in isolated form, there is an overlapping of comorbid symptoms in PTSD with other psychiatric disturbances that can also be malingered.

Vortäuschung des posttraumatischen Stress-Syndroms

Dragica KOZARIĆ-KOVAČIĆ, Andreja BOROVEČKI,
Sonja UDOVIČIĆ, Dubravka KOCIJAN-HERCIGONJA
Klinikum "Dubrava", Zagreb

Oft ist nur sehr schwer mit hundertprozentiger Sicherheit zu sagen, ob bei einem Patienten ein posttraumatisches Stress-Syndrom vorliegt oder nicht. Wegen der komplizierten Differenzial-Diagnostik bei der Ermittlung dieses Syndroms und infolge der Tatsache, dass der Arzt sich bei seiner Diagnose vorwiegend auf Symptome verlässt, über die ihm der Patient berichtet, ist es nicht schwierig, dieses Syndrom vorzutäuschen. Springt dazu noch ein "sekundärer Gewinn" für den behandelnden Arzt heraus (zumal bei der Erteilung eines Attests durch den Facharzt), ist dieses Problem ganz

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 12 (2003),
BR. 3-4 (65-66),
STR. 541-559

KOZARIĆ-KOVAČIĆ, D.
I SUR.: SIMULIRANI PTSP

besonders ausgeprägt. Eine zuverlässige psychiatrische Ermittlung des posttraumatischen Syndroms setzt die detaillierte Durchsicht von Dokumenten voraus, die eine medizinische und soziale Vorgeschichte sowie die Teilnahme an Kriegsgeschehnissen bestätigen, ferner eine Bewertung des Patienten (Anamnese, seelische Verfassung, Gespräch, Beobachtungen des Arztes, Beurteilung durch den Psychologen) sowie eine diagnostische Klassifizierung. Das Vorliegen eines posttraumatischen Stress-Syndroms kann auch im Zusammenhang mit anderen psychiatrischen Störungen, die ebenfalls simuliert werden können, ermittelt werden.