

FORENZIČKO-PSIHIJATRIJSKA VJEŠTAČENJA POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA

Stojaković B. Milan^{1,2}

¹Katedra za psihijatriju Medicinskog fakulteta u Banjaluci,

² Klinika za psihijatriju Univerzitetskog Kliničkog centra u Banjaluci

Originalni naučni rad

UVOD: Rad predstavlja vlastita iskustva u domenu vještačenja Posttraumatskog stresnog poremećaja(PTSP). CILJ RADA: Istraživanje ispituje parametre kod 30 ispitanika sa PTSP koji su predmet vještačenja(PTSPV) i kod 30 ispitanika sa PTSP koji to nisu(PTSPN).

METOD RADA: Kliničkim istraživanjem i baterijom testova(Skala uticaja događaja-IES; Misisipi skala, Lista simptoma PCL-M) obuhvaćeno je ukupno 60 ispitanika muškog pola sa verifikovanim dijagnozama PTSP. Ispitivane su sociodemografske varijable, katastrofični doživljaji, Trajne promjene ličnosti(TPL), udruženi poremećaji i nematerijalna šteta.

REZULTATI: U pogledu prosječne starosti ispitanika, godina školovanja, bračnog stanja, vremena vojnog angažovanja kod PTSPV i PTSPN grupe nije bilo statistički značajnih razlika. U pogledu TPL kod PTSPV i PTSPN grupe nađene su statistički značajne razlike. Kod PTSPV ispitanika(N=30) kod 83,33%(N=25) verifikovane su TPL, dok kod PTSPN kod 23,33%(N=7) verifikovane su TPL ($P<0.05$). U pogledu udruženih poremećaja i parametra nematerijalne štete kod PTSPV i PTSPN grupe nisu nađene statistički značajne razlike.

ZAKLJUČAK: U pogledu Trajnih promjena ličnosti kod PTSPV i PTSPN grupe nađene su statistički značajne razlike. Sudsko-psihijatrijsko značenje PTSP obuhvata niz složenih elemenata od kojih zavisi mišljenje vještaka, dok egzistiranje dijagnoze PTSP, samo po sebi, ne utiče na donošenje mišljenja. Istraživanje bi trebalo da posluži u prepoznavanju metodoloških i konceptualnih problema u domenu forenzičkih aspekata PTSP.

Ključne riječi: Posttraumatski stresni poremećaj, vještačenje, nematerijalna šteta.

UVOD: Forenzičko-psihijatrijska eksploracija Posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) predstavlja značajno poglavlje u forenzičkoj psihijatriji. Eksploracija konstelacije ekstremnih traumatskih iskustava i mentalnih poremećaja nakon traumatskih doživljaja i njihovog sagledavanja za potrebe suda datira iz mnogo ranijih vremena. Tekst Hamiltona publikovan 1904. god. isticanjem u naslovu "za sudsku upotrebu" naglašava da je pored doktora i advokata namijenjen za upotrebu u sudovima. Brojne studije izvještavaju o pozitivnoj korelaciji PTSP i povećanoj upotrebi alkohola, droge i drugih medikamenata (Cottler, LB., Compton, W.M., Mager, D., Spitznagel, E.L., Janca, A., 1992;

Joseph, S., Yule, W., Williams, R., Hodgkinson, P., 1993; Kofoed, L., Friedman, M.J., Peck, R., 1993). Istraživanja ukazuju na pozitivnu korelaciju PTSP, alkoholizma, nezaposlenosti i bračnih problema. U nekim studijama (Brown, P.J., Wolfe, J., 1994) nađeno je kod ispitanika sa klinički verifikovanim PTSP, 46% onih koji upotrebljavaju psihoaktivne supstance. Nisu rijetki radovi (Lundy, M.S., 1992) koji ukazuju na moguće induciranje psihoza putem PTSP, kao ni disocijativna stanja oko traume (Marmar, C.R., 1994) koja u kasnijim ispoljavanjima simptoma PTSP imaju zapaženu ulogu. Uopšte, PTSP (Warshaw, M.G., 1993) ima ozbiljne efekte na skoro sve sfere života i rada, dok specifični

uticaj na visok nivo depresije, suicidalna stremljenja i pretjerane upotrebe alkohola dokazuju da trauma može imati dugotrajne kasne efekte, što je od značaja za forenzičko-psihijatrijska razmatranja [1,2]. Dijagnoza neurotskih, sa stresom povezanih i somatoformnih poremećaja (označenih sa F40-48 prema ICD-10) sama po sebi ne predstavlja osnov za neuračunljivost ili bitno smanjenu uračunljivost. Kod većine entiteta ove raznorodne grupe u principu "nema otuđenja od realnosti", što značajno opredjeljuje stavove vještaka prema ovoj dijagnostičkoj kategoriji. Kada se radi o nekim entitetima u grupi F40-48 prema ICD-10 stvari mogu da stoje i drugačije, pogotovo ako je u pitanju PTSP sa širokom lepezom mogućih komplikacija, kasnih i trajnih promjena. Odnos PTSP i krivičnog djela može biti višeznačan. Forenzičko-psihijatrijski značaj PTSP se može posmatrati u različitim uzročno-posljedičnim relacijama. Djelo može biti posljedica PTSP; kao što i PTSP može biti posljedica djela. Kada je djelo posljedica PTSP najčešće se radi o prisustvu disocijativnih fenomena ("flešbekova") uz dodatan doprinos niza sekundarnih kontribuirajućih (deklarirajućih, "trigger") faktora kao što su interpersonalni konflikti, finansijski problemi, ranija motivacija za kriminalnu djelatnost i sl., kao i prisustvo "konstelativnih" ili "komplikujućih" faktora. Veoma rijetko je djelo direktna posljedica samog PTSP kao dijagnostičke kategorije. PTSP kao posljedica djela može da se razvije i bude prisutan kod žrtve, ali i kod počinioca (kad krivično djelo djeluje stresogeno na počinioca i precipitira PTSP). Forenzički značaj PTSP proizilazi iz specifičnih, tipičnih simptoma i reakcija, mogućih komplikacija PTSP, te kasnih i trajnih posljedica PTSP i njihovih manifestacija. U zavisnosti od stepena poremećaja ili promjene, kreću se i okviri forenzičko-psihijatrijskog značaja u oblasti krivičnog ili građanskog prava. Za delikt (djelo protiv zakona) vezan za "komplikujući" faktor uz PTSP (npr. ekscesivna upotreba alkohola koja se razvila

na podlozi PTSP) razmatra se uloga i tog faktora u domenu uračunljivosti [3,4]. U praksi forenzički značaj PTSP možemo posmatrati u užem i u širem smislu. Pod PTSP (prema ICD-10) podrazumijevamo poremećaj sa maksimalnim trajanjem do dvije godine (forenzički značaj PTSP u užem smislu), dok posljedice PTSP u formi TPL nakon katastrofičnog iskustva sa trajanjem preko dvije godine sagledavamo kao forenzički značaj PTSP u širem smislu. Moramo imati na umu i moguće pridružene simptome uz PTSP, koji nemaju takav kvalitet da bi bili označeni kao poseban entitet (pridružena anksioznost, depresivnost i sl.), te udružene druge zasebne entitete (komorbiditet) [5]. Najjednostavnija su psihijatrijska vještačenja kada PTSP egzistira izolovano bez pridruženih simptoma i bez komorbiditeta; što u praksi rijetko susrećemo. Uračunljivost počinioca tada može biti smanjena, a veoma rijetko je bitno smanjena. Složenija psihijatrijska vještačenja su kada uz PTSP postoje i pridruženi simptomi, što u praksi često susrećemo. Uračunljivost počinioca tada može biti u rasponu od smanjene do bitno smanjene, a nije isključena ni neuračunljivost, iako je ona veoma rijetka. Najkompleksnija psihijatrijska vještačenja su kada su uz PTSP prisutne jedna ili više drugih dijagnostičkih kategorija, koja svaka za sebe predstavlja zaseban entitet. Uračunljivost počinioca tada može biti bitno smanjena, a nije isključena ni neuračunljivost. PTSP ima izuzetan forenzički značaj posebno u poratnom periodu. Posebne konstelacije u ratnim zbivanjima i nakon rata uključuju analizu svih relevantnih koincidentalnih interakcijskih faktora u sagledavanju ovog značaja. Veoma je važno kod PTSP pravilno procijeniti veze traumatskog stresora sa psihijatrijskim simptomima, te korelacije psihijatrijskih simptoma sa kriminalnim aktom. Važno je razlikovati zdravstvene konsekvence kod ratnih katastrofičnih događaja sa PTSP i bez PTSP. Ratni veterani sa PTSP imaju veći rizik pojave dermatoloških, gastrointestinalnih, oftalmoloških, endokrinoloških i

kardiovaskularnih oboljenja u odnosu na ratne veterane bez PTSP [5,6]. Forenzički značaj PTSP može se sagledavati i u specifičnim konstelacijama kao što su PTSP-suicid, PTSP-homicid, PTSP-alkoholni delikt. Nekad može biti prisutan trijas PTSP-alkohol-homicid. Kako alkohol snižava prag na frustracije i podstiče agresivnost, tako pri konstelaciji pomenutog trijasa treba uvijek pravilno cijeniti uticaj svih relevantnih faktora. Naročito su značajne relacije PTSP sa komorbiditetom. Najčešće komorbiditetne dijagnoze uz PTSP su poremećaji raspoloženja (depresivna stanja), upotreba psihoaktivnih supstanci (droga) i druga anksiozna stanja. Relacije PTSP i manično-depresivnih poremećaja su kompleksne. Tu je prisutan i problem "preklapanja" simptoma. Prema podacima Nacionalnog komorbiditetnog pregleda u Sjedinjenim američkim državama čak 59% muškaraca i 44% žena sa PTSP-em imaju kriterije za 3 ili više drugih psihijatrijskih dijagnoza. Istraživanja su pokazala da se kod 80 % osoba sa PTSP dijagnostikuje još jedna ili dvije psihijatrijske bolesti; najčešće depresivna ili anksiozna stanja, neuroze ili organski psihički poremećaj. Zato je neophodno sagledati značaj kriminaliteta kod PTSP u kontekstu pomenutih relacija PTSP sa komorbiditetom [7]. Forenzički značaj PTSP u širem smislu predstavlja analizu TPL (sa trajanjem preko dvije godine). Kako entitet TPL ima svoje specifičnosti (prema ICD-10), tako se u forenzičko psihijatrijskom postupku utvrđuju svi elementi neophodni za ekspertizu. Obično konstelativni faktori imaju uticaja i mogu smanjiti sposobnost shvatanja djela i upravljanja postupcima [8,9].

1. KRIVIČNO PRAVNI ZNAČAJ

PTSP predstavlja entitet koji može biti prisutan prije i/ili nakon krivičnog djela; pojedinačno kod žrtve ili počinioca, ili obostrano, a može biti prisutan i kod svjedoka u postupku. Nekada i izvršilac i žrtva imaju verifikovan PTSP u vremenu prije nego je izvršeno djelo i/ili nakon što je djelo izvršeno. Tada treba obostrano

sagledati i odrediti elemente vezane za nastanak i uticaj PTSP na konkretno djelo. Ako postoje razlozi za to, analiziraće se i eventualni uticaj žrtve u konkretnom djelu.

1.1 Psihijatrijsko vještačenje žrtve u krivičnom postupku, treba da odgovori na pitanja: Može li žrtva sa svojim ponašanjem (u vremenu prije nastanka djela) da inicira djelo, da ga usmjeri u nekom pravcu, da djeluje na njegovu realizaciju, da ima aktivnu ulogu u segmentima djela i sl.? Može li psihičko stanje žrtve u smislu prisutnog PTSP uticati na ponašanje počinioca djela. Tok i ishod delikta zavisi od osobina počinioca, žrtve i konstelativnih faktora. Na homicid mogu uticati emocionalni i socijalni odnosi, žrtva može u činu ubistva odigrati aktivnu ulogu; homicidni čin može biti iniciran provokativnim ponašanjem žrtve. Obično su odnosi žrtve i počinioca "opterećeni" prošlostu (ranijim neslaganjem) kada se motivi za ubistvo mogu crpiti iz tih i takvih odnosa.

1.2 Psihijatrijsko vještačenje svjedoka se obavlja sa ciljem da vještak odgovori na pitanje *da li se iskaz svjedoka može uzeti kao pouzdan*. To zavisi od stanja njegovog duševnog zdravlja u periodu temporeae criminis i u vremenu davanja iskaza pred sudom. Osobe sa PTSP mogu biti pouzdani svjedoci, ako su imali uredno opažanje temporeae criminis i reprodukciju opaženog u vremenu davanja iskaza pred sudom., u suprotnom mogu davati potpuno netačne iskaze.

1.3 Psihijatrijsko vještačenje počinioca delikta sa PTSP vrši se u cilju procjene sposobnosti shvatanja djela i upravljanja postupcima temporeae criminis. Treba izdiferencirati dijelove koji u počinjenom djelu imaju vezu sa PTSP, dijelove u vezi sa premorbidnom strukturom, analizirati egzogene provocirajuće ("trigger") faktore, te procijeniti motivaciju za djelo. U dinamici delikta treba razlikovati psihološke od psihopatoloških postupaka. Prisutna motivacija upućuje na psihološke motive u dinamici delikta. Nažalost, kod PTSP su psihološki i psihopatološki postupci većinom isprepleteni, te je na vještaku težak zadatak

kada treba procijeniti opasnost ili posljedice koje potiču iz samog poremećaja. Iskustva kao što su disocijativni "flešbekovi" kod PTSP otvaraju novu dimenziju sagledavanja relacija kod razmatranja uračunljivosti, jer ovakva stanja spadaju u kategoriju koja može biti tretirana kao "privremena duševna poremećenost" koja u skladu sa zakonom može rezultirati neuračunljivošću.

1.4 Psihijatrijsko vještačenje PTSP sa udruženim poremećajima ima poseban značaj. PTSP udružen sa depresijom, poremećajima ličnosti, alkoholizmom i drugim bolestima zavisnosti, psihotičnim reakcijama, ima *bolju podlogu za mnogo lakše i brže razvijanja uslova za delinkventno i kriminogeno ponašanje*. Suština uticaja udruženih poremećaja čestih uz PTSP (alkoholizam, narkomanije) je u djelovanju na nervni sistem, tako da remete logično mišljenje i razumno ponašanje uz pokretanje agresivnih tendencija. Pod takvim okolnostima može čak i bezazlena situacija poprimiti nekontrolisan tok koji može da rezultira ubistvom ili drugim deliktom. Izuzetan značaj ima komorbiditet PTSP sa psihotičnim poremećajima ili oboljenjima. Sautter sa saradnicima nalazi da je potencijal za nasilje mnogo izražajniji kod komorbiditeta PTSP sa psihozama nego kod psihoza bez PTSP ili PTSP kao samostalne dijagnoze. Shaw sa saradnicima nalazi prevalencu postpsihotičnih PTSP od 52% u uzorku hroničnih psihotičnih oboljenja. David sa saradnicima referiše da 40% veterana sa posljedičnim PTSP na hospitalnom tretmanu imaju dokazane psihotične simptome [9,10]. Sva ova istraživanja imaju značaj pri eksploraciji forenzičkih kazusa. Posebno se analiziraju specifični slučajevi kao što su na primjer PTSP sa halucinacijama, flešbekovima uz disocijativno stanje, paničnim atacima i slično.

1.5 Psihijatrijsko vještačenje ratnih PTSP ima specifičnosti: redukovanost moralnih nadzora kod osoba sa dijagnozom PTSP u konstelaciji propadanja moralnih normi čitavog društva, uz niz socijalnih faktora u ratu, socijalnu dezorganizaciju,

upotrebu alkohola i oružja može rezultirati radnjama koje vjerovatno ne bi učinila bez ovih pretpostavki (ubistvo ili samoubistvo). Ovakvi homicidi imaju karakteristike da su nelogični, bez motiva, uz odsutne uzročne veze, a nastaju uz beznačajan povod. Ratni veterani sa PTSP mnogo češće izvršavaju suicid od veterana bez PTSP, prema tvrdnjama američkog nacionalnog centra za PTSP.

1.6 Forenzički značaj posljedica PTSP u formi TPL obuhvata pored ostalog analizu nefleksibilnih i maladaptivnih obrazaca u ponašanju, promjene u interpersonalnom, socijalnom i profesionalnom funkcionisanju, evidentiranje osobina koje ranije kod individue nisu postojale (kao što su alijenacija, bespomoćnost, ugroženost, socijalno povlačenje, hostilan stav prema okolini i dr.) U forenzičko-psihijatrijskom postupku utvrđuju se svi elementi i specifičnosti neophodni za ekspertizu. Obično "komplikujući" faktori kod TPL mogu imati značajnog uticaja na sposobnost shvatanja djela i upravljanja postupcima. Kriminogeni sklop koji se u poratnim uslovima često susreće obuhvata TPL, alkohol (ili politoksikomaniju), nezaposlenost i agresiju. Treba jasno diferencirati "*Trajne promjene ličnosti nakon katastrofičnog iskustva*" od drugih trajnih promjena ličnosti. Karakteristično impulsivno i agresivno ponašanje može biti prisutno kod TPL, što može biti opasno u odnosima žrtve i počinioca, jer na malu provokaciju, od strane žrtve, ili čak i bez nje nastaje nesrazmjerna reakcija od strane počinioca sa neizvjesnim ishodom. Počinioci sa TPL najčešće su sa smanjenom uračunljivošću, rjeđe sa potpunom uračunljivošću, a veoma rijetko sa bitno smanjenom, samo izuzetno sa neuračunljivošću [11,12].

2. GRADANSKO PRAVNI ZNAČAJ

2.1 Opšta poslovna sposobnost (sposobnost osobe da samostalno obavlja pravne radnje, da štiti svoja prava i interese) kod PTSP u većini slučajeva je potpuno očuvana (potpuna poslovna sposobnost),

može biti značajno kompromitovana ili nepotpuno očuvana (djelimična poslovna sposobnost), dok u kompleksnim slučajevima može biti isključena (individua sa PTSP može biti poslovno nesposobna). U praksi kod PTSP sa komorbiditetom poslovna sposobnost može biti dovedena u pitanje. U svakom takvom slučaju potrebno je cijeniti uticaj pojedinih elemenata i dati mišljenje na osnovu ukupnog utiska o poslovnoj sposobnosti u cjelini. Kada osoba sa PTSP ili posljedicama PTSP uz prisutnu prekomjernu upotrebu alkohola ili droga dovede do neposrednog ugrožavanja svojih ili prava i interesa drugih osoba, djelimično se lišava poslovne sposobnosti. Kada osoba sa PTSP ili posljedicama PTSP nije sposobna da se brine o svojim pravima i interesima, potpuno se lišava poslovne sposobnosti (što je u praksi veoma rijetko).

2.2 Vještačenje kontraktualne sposobnosti i validnosti ugovora (specifična poslovna sposobnost) kod osoba sa PTSP predstavlja procjenu voljnih i intelektualnih funkcija (sposobnost rasuđivanja) temporeae acti. Vještak se treba izjasniti o duševnom zdravlju osobe temporeae acti kod kupoprodajnih ugovora, darovnih ugovora, ugovora o doživotnom izdržavanju ili drugih.

2.3 Testatorska sposobnost (specifična poslovna sposobnost) rijetko može biti dovedena u pitanje kod PTSP, sem kada temporeae acti eventualni pridruženi simptomi PTSP imaju kvalitet onih na osnovu kojih bi i drugi entitet sa istim takvim simptomima sigurno doveo testatorsku sposobnost u pitanje. Kako je za ovu specifičnu poslovnu sposobnost dovoljan manji kvantum sposobnosti, a presudna je sposobnost rasuđivanja, tako je ova sposobnost kod PTSP većinom očuvana.

2.4 Vještačenje nematerijalne štete kod osoba sa PTSP i trajnim posljedicama PTSP je često u poratnom periodu. Vještačenjem nematerijalne štete procjenjuju se pretrpljeni bol, strah, psihičke patnje (duševna bol), umanjena opšta životna aktivnost i naruženost. Fizička bol i naruženost procjenjuju se kao posljedica

povrjeđivanja, ako ono postoji uz PTSP. Procjena pretrpljenog straha i psihičkih patnji su od suštinskog značaja kod PTSP. Psihičke patnje se procjenjuju na osnovu specifičnog emocionalnog reagovanja individue na PTSP. Poremećaji interpersonalnog, radnog i socijalnog funkcionisanja kod TPL moraju biti analizirani u kontekstu davanja procjene kod vještačenja opšte životne sposobnosti (OŽS). Procjenu pretrpljenog straha i psihičkih patnji (duševnog bola) kod osoba sa TPL treba da vrši psihijatar. Tako i procjena opšte životne aktivnosti kod osoba sa TPL treba da bude u domenu psihijatra. Primarni strah podrazumijeva vitalnu ugroženost u momentu katastrofičnog iskustva. Sekundarni strah uglavnom slijedi potom u obliku zabrinutosti za ishod liječenja, pojačava se u intervalima sa pojavom flešbekova, a reducira se kod većine TPL tokom vremena. Arhaičan je stav da ni primarni ni sekundarni strah ne ostavljaju sekvele! Tačno je da *većina psihijatrijskih entiteta za koje se vezuje jednokratni strah (primarni ili sekundarni) ne ostavlja trajne posljedice na duševno zdravlje*, ako su u pitanju premorbidno zdrave osobe. Međutim, *strah ipak ostavlja trajne sekvele i to u slučaju TPL*. Poremećaji interpersonalnog i socijalnog funkcionisanja kod TPL moraju biti analizirani u kontekstu davanja procjene kod vještačenja opšte životne aktivnosti [12].

2.5 Vještačenja posljedica udruženih kraniocerebralnih i drugih povreda sa PTSP su česta u periodu nakon rata (kod zarobljenika, logoraša, boraca). Diferenciranje simptoma TPL (F62.0) i Organskih promjena ličnosti (F07.0) u slučajevima komorbiditeta ova dva entiteta je veoma teško, nekad i nemoguće. U slučajevima komorbiditeta PTSP sa kontuzijom mozga, posljedičnom atrofijom mozga, organskim promjenama ličnosti nakon lezije mozga veoma je teško, nekada i nemoguće izdiferencirati udio alteracija emocionalnog ponašanja, kognitivnih poremećaja i drugih psihopatoloških fenomena na simptomatologiju kod PTSP. Za davanje konačnog mišljenja kod trajnih

posljedica PTSP ili kraniocerebralnih povreda udruženih sa PTSP treba da prođe dovoljan vremenski period (najčešće dvije do četiri godine)[13,14].

2.6 Vještačenje sposobnosti za brak kod osoba sa PTSP je rijetko; dok osobe sa dijagnozom TPL(F62.0) zbog specifičnosti ovog entiteta često mogu biti predmetom vještačenja. Porodično pravo razmatrajući i analizirajući "zabludu o bitnoj osobini bračnog druga" uključuje mogućnost poništenja braka pored ostalog i kod "trajnih, teških ili opasnih bolesti". Kako Trajna promjena ličnosti može imati težinu koja ugrožava život bolesnika, ili ga onesposobljava za život u znatnoj mjeri, te može biti opasna po okolinu ili zdravlje ili život bračnog druga, a po definiciji je trajna, tako TPL može biti razlog za poništenje braka [15,16].

2.7 Vještačenje podobnosti roditelja za dodjelu djece u postupku razvoda braka su teška kada je u pitanju PTSP, a naročito delikatna kada su u pitanju TPL. Treba multidisciplinarno timski procijeniti maritalnu situaciju i duševno stanje oba roditelja (rijetko je poremećaj prisutan samo kod jednog!) [7,17].

CILJ RADA: Istraživanje ispituje parametre kod 30 ispitanika sa PTSP koji su

predmet vještačenja (PTSPV) i kod 30 ispitanika sa PTSP koji to nisu (PTSPN). Ispitivane su sociodemografske varijable, katastrofični doživljaji, TPL, udruženi poremećaji i nematerijalna šteta.

METODE RADA: Kliničkim istraživanjem i baterijom testova obuhvaćeno je ukupno 60 ispitanika muškog pola sa verifikovanim dijagnozama PTSP. Ispitanici su, u skladu sa etičkim principima, dali pristanak za učešće u istraživanju.

Ispitanicima su administrirani slijedeći upitnici: Skala uticaja događaja (Impact of Event Scale - IES)[18]; Misisipi skala za PTSP-ratom uzrokovan (Mississippi Scale for Combat-related PTSP)[19]; te prilagođena Lista simptoma za PTSP-vojna verzija (PTSD Symptom Checklist - Military Version, PCL-M). Kod svih ispitanika je utvrđivana dijagnoza PTSP prema kriterijima ICD-10 klasifikacije. Korištene su istorije bolesti, nalazi i mišljenja, kompletna medicinska dokumentacije, te potvrde iz jedinice (o ranjavanju, zarobljavanju i sl.). Statistička analiza: Rezultati analiza podataka izračunati su pomoću Statističkog paketa za socijalne nauke (SPSS, verzija 18.0). Primijenili smo Kruskal-Wallis i Mann-Whitney U-test sa signifikantnosti na nivou $p < 0,05$.

REZULTATI:

1. Sociodemografske varijable i katastrofični doživljaji prikazani su na Tabeli 1.

Tabela 1. Sociodemografske varijable i katastrofični doživljaji

	PTSPV-ispitanici koji su predmet vještačenja		PTSPN-ispitanici koji nisu predmet vještačenja	
	N	%	N	%
DOB (godine)				
18-25	2	6,67	1	3,33
26-35	11	36,67	10	33,33
36-45	8	26,66	10	33,33
46 >	9	30,00	9	30,00
ŠKOLOVANJE (godine)				
4-8	10	33,33	9	30,00
9-12	18	60,00	20	66,66
13 >	2	6,67	1	3,33

BRAČNO STANJE				
oženjen	24	80,00	20	66,66
neoženjen	6	20	10	33,33
VOJNO ANGAŽOVANJE (mjeseci)				
0-3	2	6,67	1	3,33
4-12	2	6,67	3	10
13-24	2	6,67	2	6,67
25-36	7	23,34	6	20
37 >	17	56,67	18	60,00
KATASTROFIČNI DOŽIVLJAJI				
1	4	13,33	5	16,66
2	11	36,67	10	33,33
3	8	26,67	7	23,33
4 >	7	23,33	8	26,67

U pogledu prosječne starosti ispitanika, godina školovanja, bračnog stanja, vremena vojnog angažovanja kod PTSPV i PTSPN grupe nije bilo statistički značajnih razlika. Nijedan ispitanik nije negirao postojanje bar jednog ekstremnog katastrofičnog doživljaja. Kod PTSPV ispitanika svega 13,33% ispitanika (N=4) su potvrdila postojanje samo jednog katastrofičnog doživljaja, dok je

36,67% (N=11) potvrdilo prisustvo dva katastrofična doživljaja, a 26,67% (N=8) su potvrdili prisustvo 3 katastrofična doživljaja dok je 23,33% (N=7) ispitanika potvrdilo 4 ili više katastrofičnih doživljaja. Rezultati kod PTSPN grupe nemaju značajnih odstupanja (tabela 1.) u odnosu na PTSPV grupu, te nema ni statistički značajnih razlika među grupama.

2. Trajne promjene ličnosti, udruženi poremećaji i parametri nematerijalne štete prezentirani su na tabeli 2.

Tabela 2. Trajne promjene ličnosti, udruženi poremećaji i parametri nematerijalne štete

	PTSPV		PTSPN	
	N	%	N	%
TPL*	25	83,33	7	23,33
udruženi poremećaji**	20	66,66	22	73,33
umanjenje opšte životne aktivnosti	24	80,00	21	70,00
pretrpljeni strah i psihičke patnje	24	80,00	23	76,66
fizička bol i naruženost	5	16,66	4	13,33
kranocerebralna povreda	3	10	2	6,66

*P<0.05

** poremećaji ličnosti, depresija, alkoholizam, bolesti zavisnosti, psihotične reakcije.

U pogledu Trajnih promjena ličnosti kod PTSPV i PTSPN grupe nađene su statistički značajne razlike (Tabela 2.). Kod PTSPV ispitanika (N=30) za koje je nadležni sud naredbom odredio vještačenje u pogledu nematerijalne ratne štete kod 83,33% (N=25) verifikovane su TPL, dok su kod PTSPN TPL verifikovane kod 23,33% (N=7). U

pogledu udruženih poremećaja i parametra nematerijalne štete kod PTSPV i PTSPN grupe nisu nađene statistički značajne razlike. Kod 66,66% (N=20) od svih (N=30) PTSPV ispitanika verifikovani su udruženi poremećaji: poremećaji ličnosti, depresija, alkoholizam, bolesti zavisnosti, te psihotične reakcije; dok su kod 73,33% (N=22) od svih

(N=30) PTSPN ispitanika verifikovani udruženi poremećaji. Među ispitivanim parametrima nematerijalne štete postoje razlike ali iste nisu statistički značajne. Kod PTSPV ispitanika verifikovana su umanjena opšte životne aktivnosti kod 80,0%(N=24) dok je u grupi PTSPN 70,0%(N=21). U pogledu pretrpljenog straha i psihičkih patnji(duševnog bola) zastupljenost kod

DISKUSIJA:

Evidentno, kao što je nađeno u našem materijalu, individue sa PTSP pojavljuju se često u predmetima za nadoknadu nematerijalne štete. Istraživanje je obuhvatilo sociodemografske varijable, katastrofične doživljaje, eksploraciju aspekata ličnosti te analizu nefleksibilnih i maladaptivnih obrazaca u ponašanju, promjene u socijalnom, profesionalnom i interpersonalnom funkcionisanju, evidentiranje osobina koje ranije kod individue nisu postojale (kao što su alijenacija, bespomoćnost, ugroženost, socijalno povlačenje, hostilan stav prema okolini i dr.), te shodno tome i udružene poremećaje, parametare nematerijalne štete u formi umanjena OŽS i pretrpljenog straha i psihičkih patnji u grupama PTSPV i PTSPN. Rezultati nađene visoke asociranosti udruženih poremećaja i parametara nematerijalne štete u formi umanjena OŽS(80,00%) i pretrpljenog straha i psihičkih patnji (80,00%) u grupi PTSPV su saglasni sa ranijim istraživanjima [15, 20-23].

Kod svih ispitanika je potvrđena dijagnoza PTSP prema ICD-10 klasifikaciji. Za retrospektivno određivanje katastrofičnih doživljaja prije pojave posttraumatskih simptoma koristili smo potvrde (iz jedinica) o istim ili postojeću raniju medicinsku dokumentaciju. Na osnovu dužine trajanja vojnog angažovanja može se zaključiti da je većina ispitanika bila dugo vremena izložena multiplim ratnim traumama. Svega 13,33% ispitanika (N=4) u grupi PTSPV su imali samo jedan katastrofični doživljaj. Analiza TPL i udruženih poremećaja ima poseban značaj za rezultate psihijatrijskog

PTSPV je kod 80,0%(N=24) ispitanika, a u grupi PTSPN 76,66%(N=23). Kod manjeg broja PTSPV ispitanika (N=5) tj. 16,66 % koegzistiraju fizička bol i naruženost, dok je u grupi PTSPN 13,33%(N=3). U našem materijalu kod 10,0 %(N=3) je kranocerebralna povreda udružena sa PTSP, dok je u grupi PTSPN 6,66%(N=2).

vještačenja. Evidentne razlike u pogledu Trajnih promjena ličnosti kod PTSPV i PTSPN grupe koje su statistički značajne(Tabela 2.) nismo mogli komparirati sa sličnim istraživanjima, jer ista nisu rađena. Od PTSPV ispitanika(N=30) kod 83,33%(N=25) verifikovane su TPL, dok su kod PTSPN kod 23,33%(N=7) verifikovane TPL, što ide u prilog tezi da su kod PTSPV ispitanika učestalije TPL(što je i razumljivo jer su isti putem suda zahtijevali procjenu nematerijalne štete). I pored nađenih razlika u pogledu TPL, u našem ispitivanom materijalu, nisu nađene razlike kod udruženih poremećaja (poremećaji ličnosti, depresija, alkoholizam, bolesti zavisnosti, te psihotične reakcije). Komplikujući faktori kod TPL imaju značajnog uticaja na procjenu OŽS. Kod PTSPV ispitanika verifikovana su umanjena opšte životne aktivnosti kod 80,0%(N=24) dok je u grupi PTSPN 70,0%(N=21). U okviru psihičkih patnji kod PTSP udruženih sa povredama i/ili oštećenjima pored ostalog cijenili smo patnje zbog prekida kontinuiteta redovnih životnih aktivnosti, patnje zbog liječenja i za vrijeme liječenja, te patnje usljed trajnih posljedica. U pogledu pretrpljenog straha i psihičkih patnji(duševnog bola) zastupljenost kod PTSPV je kod 80,0%(N=24) ispitanika, a u grupi PTSPN 76,66%(N=23). Kod manjeg broja PTSPV ispitanika (N=5) tj. 16,66 % koegzistiraju fizička bol i naruženost, dok je u grupi PTSPN 13,33%(N=3). U našem materijalu kod 10,0 %(N=3) je kranocerebralna povreda udružena sa PTSP, dok je u grupi PTSPN 6,66%(N=2). Dodatni ispitivani elementi: pretrpljeni strah i psihičke patnje,

te fizička bol i naruženost kao i kraniocerebralne povrede koje smo opservirali, pokazuju rezultate koji u skladu sa prethodnim istraživanjima [1,3,6,15, 24-26]. bihevioralnih i ostalih poremećaja kod ovih entiteta uveliko otežava diferenciranje. Razvojem telepsihijatrijskih sistema za praćenje posljedica katastrofičnih iskustava te implementacija telepsihijatrije u sferama sudstva doprinjeće u kvalitetu sagledavanja širokog spektra aspekata forenzičkih domena PTSP i TPL [27-29].

ZAKLJUČAK: U pogledu Trajnih promjena ličnosti kod PTSPV i PTSPN grupe nađene su statistički značajne razlike. U pogledu prosječne starosti ispitanika, godina školovanja, bračnog stanja, vremena vojnog

Diferenciranje simptoma TPL(F 62.0) i Organskih promjena ličnosti (F 07.0) u slučajevima komorbiditeta ova dva entiteta je veoma otežana (nekad i nemoguća!). Preplitanje afektivnih, kognitivnih, angažovanja, udruženih poremećaja i parametra nematerijalne štete kod PTSPV i PTSPN grupe nisu nađene statistički značajne razlike.

Prisustvo pacijenta sa PTSP zahtijeva angažovanje niza mehanizama u cilju odbrane od dodatne (sekundarne) traumatizacije čime se vrši prevencija kriminogenog ponašanja. Psiho-socio-terapijske intervencije, posebno adekvatan tretman i vaspitni rad u užoj i široj socijalnoj sredini, te upotreba telepsihijatrije, značajno doprinose otklanjanju faktora za kriminogeno i asocijalno ponašanje.

LITERATURA:

1. Stojaković M., Analiza kasnih reperkusija posttraumatskog stresnog poremećaja. Banjaluka: Art print; 2010.
2. Goreta M., Forensic significance of PTSD caused by war trauma. Zagreb. Naklada Zadro; 2004.
3. Stojaković M. Analiza posttraumatskog stresnog poremećaja kod forenzičkih ispitanika (subspecijalistički rad). Beograd. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2001.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva. World Health Organization;1992.
5. Stojaković M. Forenzički aspekti posttraumatskog stresnog poremećaja i kasnih posljedica posttraumatskog stresnog poremećaja. Banjaluka. Vještak. 2002;No.3:20.
6. Stojaković M. Analiza i značaj kasnih posljedica posttraumatskog stresnog poremećaja (d disertacija). Banjaluka. Medicinski fakultet Univerziteta u Banjaluci; 1999.
7. Stojaković M., Posttraumatski stresni poremećaj. Banjaluka. Univerzitetska knjiga; 2003.
8. Stojaković M, Nikolovska D. Victims of war, impact of mental health. 14th World meeting-Prevention and control of aggression and impact on it's victims. Valencia symposium; 2000.
9. Stojaković M. Traumatsko iskustvo i posttraumatski stresni poremećaj kod forenzičkih ispitanika. Sarajevo. Kongres psihijatarata Bosne i Hercegovine sa međunarodnim učesćem; 2003.
10. Miljević ČD, Milošević A, Janković N. O posttraumatskom poremećaju i problemima veštačenja takvog poremećaja. Svet rada 2008; 5: 218-25.
11. Carlsten Spitzer et al. Post-traumatic stress disorder in forensic inpatients. 2001. The Journal of Forensic Psychiatry; Vol 12 No 1;63-77.
12. Stojaković M. Psihijatrijska vještačenja nematerijalne štete kod posttraumatskog stresnog poremećaja i trajnih promjena ličnosti nakon katastrofičnog iskustva. Medici com. 2004;No.3.
13. Stojaković M. Consequences of war posttraumatic stress disorder. 14th World meeting-Prevention and control of aggression and impact on it's victims. Valencia symposium; 2000.
14. Stojaković M, Stojaković B. Nematerijalna šteta kod posttraumatskog stresnog poremećaja i trajnih promjena ličnosti nakon katastrofičnog iskustva. Banjaluka. Vještak. 2002;No.4:21.
15. Stojaković M., Komparativna analiza PTSP kod forenzičkih vojnih i civilnih ispitanika. Banjaluka. Grafomark; 2009.
16. Stojaković M. Psihijatrijska vještačenja nematerijalne štete kod posttraumatskog stresnog poremećaja i trajnih promjena ličnosti nakon katastrofičnog iskustva. Medici com. 2004;No.3:26.
17. Stojaković M. Nematerijalne štete kod posttraumatskog stresnog poremećaja ili PTSP-a i trajnih promjena ličnosti nakon katastrofičnog iskustva. Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline. 2003; 25(1-2):55-61.
18. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: A Measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine 1979;41: 3:209-218.
19. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi scale for combat-related posttraumatic stress disorder. Three Studies in reliability and validity. Journal of Consulting and Clinical psychology, 1988;56, 1:85-89.
20. Engdahl BE, Speed N, Eberly RE, Schwartz J. Comorbidity of psychiatric disorders and personality profiles of American world war II prisoners of war. Journal of Nervous & Mental Disease 1991; 179(4):181-7.
21. Kulundžić D, Svičević R. Značaj PTSP-a u nematerijalnoj šteti. Svet rada 2008; 5: 225-229.
22. Brown PJ, Wolfe J. Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. Drug & Alcohol Dependence 1994; 35(1):51-9.
23. Lundy MS. Psychosis-induced posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychotherapy 1992; 46(3):485-91.
24. Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. American Journal of Psychiatry 1992; 149(5):671-5

25. Stojaković M. Psychosocial help to refugees and displaced persons with posttraumatic stress disorder. Okayama. AMDA newsletter. 2000.
26. Breslau, N, Kessler R.C. Chilcoat H.D. Schultz L.R. Davis G.C. and Andreski P. Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: the 1996. Detroit area survey of trauma. Archives of General Psychiatry 1998;55: 626–32.
27. Carlsten Spitzer at all. Post-traumatic stress disorder in forensic inpatients. The Journal of forensic psychiatry 2001;Vol 12 No1, 63–77.
28. Stojaković M., Stojaković B. E-consalting by telepsychiatric services and war related Posttraumatic stress disorder. Psymedica 2010;30-34.
29. Stojaković M. Posttraumatic stress disorder and telepsychiatry. 16 th European congress of psychiatry, Nice; 2008.

FORENSIC PSYCHIATRIC EXPERTISE OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

B. Milan Stojakovic 1.2

1 Department of Psychiatry, Medical University of Banja Luka,
2 Psychiatric Clinic, University Clinical Center Banja Luka

Original scientific work

INTRODUCTION: This paper presents own experiences in the field of forensic post-traumatic stress disorder (PTSD).

OBJECTIVE: The study examines the parameters in 30 patients with PTSD who are the subject of expert opinion (PTSPV) and in 30 patients with PTSD who do not (PTSPN). **METHODS:** Clinical research and the battery of tests (Impact of Event Scale-IES, Mississippi Scale, list symptoms of PCL-M) is covered by a total of 60 male subjects with a verified diagnosis of PTSD. Examined the socio-demographic variables, catastrophic experience, Enduring Personality Change After Catastrophic Experience (EPCACE), comorbidity disorders and non-material damage.

RESULTS: In terms of average age of respondents, years of education, marital status, time of military engagement in PTSPV and PTSPN groups there was no statistically significant difference. In terms of EPCACE in PTSPV and PTSPN groups were found statistically significant differences. In PTSPV respondents (N=30) at 83.33% (N=25) were verified EPCACE, while the PTSPN at 23.33% (N=7) were verified EPCACE ($P < 0.05$). In terms of the associated disorders and the parameter non-pecuniary damage for PTSPV and PTSPN groups no statistically significant differences.

CONCLUSION: In terms of EPCACE in PTSPV and PTSPN groups were found statistically significant differences. Forensic psychiatric significance of PTSD encompasses a number of complex elements of which depend on expert opinion, while the existence of PTSD diagnosis, itself, does not affect the rendering of opinions. The study should serve to identify the methodological and conceptual problems in the field of forensic aspects of PTSD.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, expert, non-material damage.

Correspondence to:

Prof. dr. Dr. sci. med. Milan Stojakovic

Psychiatrist, forensic psychiatric subspecialists,

ADDRESS: Department of Psychiatry, University Clinical Center Banjaluka,

Mačvanska 10, 78000 Banja Luka, Bosnia and Herzegovina

CONTACT PHONE mobile +387-65-516-930 Fax +387-51-302-864

EMAIL misos@blic.ne