

ANNA M. ZIÓLKOWSKA

SYMULOWANIE ZABURZEŃ PAMIĘCI: NATURA, GENEZA I WYKRYWANIE ZA POMOCĄ TESTÓW NEUROPSYCHOLOGICZNYCH

Głównym tematem artykułu jest problematyka symulowania zaburzeń funkcjonowania pamięci. DSM-IV (APA, 1994) definiuje symulowanie jako zamierzone tworzenie pozornych lub znacznie wyolbrzymionych objawów somatycznych i/lub psychicznych, motywowane czynnikami zewnętrznymi, takimi jak chęć uniknięcia służby wojskowej lub pracy, uzyskania rekompensaty finansowej, uniknięcia odpowiedzialności karnej lub zdobycia narkotyków. W pierwszej części artykułu przedstawiono trzy główne modele wyjaśniające zjawisko symulowania, które opierają się na analizie motywacji leżącej u podłoża zjawiska. Druga część została poświęcona problematyce wykrywania symulowania zaburzeń pamięci. Opisano tu podstawowe plany badawcze oraz metody wykrywania symulowania, oparte na analizach sposobu reagowania i wyników uzyskanych w standardowych testach neuropsychologicznych.

Słowa kluczowe: symulowanie, zaburzenia pamięci.

Jednym z przykładów oszukiwania, które może prowadzić do poważnych konsekwencji, jest udawanie choroby, czyli zamierzone wytwarzanie u siebie pozorowanych objawów chorobowych. Powodem takiego działania jest dążenie do przekonania otoczenia o doświadczeniu objawów danej choroby i do uzyskania wszystkich korzyści związanych z rolą chorej osoby (Wciórka, 2002). Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD -10; WHO, 2004) podaje dwa podstawowe rodzaje udawania zaburzeń psychicznych lub somatycznych: zaburzenia pozorowane (F68.1) i symulowanie (Z76.5). Zaburzenia

pozorowane (*factitious disorders*) definiuje się jako zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności w zakresie funkcji fizycznych lub psychicznych. Pacjent udaje objawy wielokrotnie, bez wyraźnego powodu i może nawet wyrządzić sobie krzywdę, aby wywołać objawy. Motywacja tego zachowania jest niejasna i przypuszczalnie wewnętrzna. Celem udawania jest wejście w rolę chorego. Zachowanie to często wiąże się ze znacznymi nieprawidłowościami w zakresie osobowości i kontaktów społecznych. W odróżnieniu od zaburzeń pozorowanych, symulowanie (*malingering*) – według klasyfikacji ICD-10 – oznacza udawanie choroby z wyraźnie dostrzegalną motywacją.

Pierwsza część artykułu obejmuje modele wyjaśniające zjawisko symulowania; w drugiej części opisano podstawowe plany badawcze oraz metody wykrywania symulowania oparte na analizach sposobu reagowania i wyników uzyskanych w standardowych testach neuropsychologicznych.

I. DEFINICJE SYMULOWANIA

Termin „symulowanie” stał się szczególnie popularny w połowie XX wieku, kiedy stosowano go, opisując żołnierzy, którzy udawali rozmaite choroby, aby uniknąć służby wojskowej (Nies, Sweet, 1994). W definicjach powstałych później rozbudowano pojęcie symulowania, wychodząc poza kontekst wojskowy i obejmując zarówno udawanie zaburzeń psychicznych, jak i chorób somatycznych. W najnowszej wersji DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) symulowanie zdefiniowano jako zamierzone tworzenie pozornych lub znacznie wyolbrzymionych objawów somatycznych i/lub psychicznych, motywowane czynnikami zewnętrznymi, takimi jak chęć uniknięcia służby wojskowej lub pracy, uzyskania rekompensaty finansowej, uniknięcia odpowiedzialności karnej lub zdobycia narkotyków. Należy podkreślić, że symulowanie nie jest chorobą, tylko sposobem zachowania, dlatego nie jest diagnozowane, a jedynie wykrywane. W literaturze dotyczącej problematyki diagnozowania zaburzeń psychicznych wskazuje się, że przy badaniu i rozpoznawaniu symulowania należy pamiętać o następujących zasadach: „(1) Symulowanie zawsze ma jakiś cel, czyli wypływa z określonych pobudek. (2) Przyznanie się badanego do tego, że symulował, nie musi być dowodem udawania choroby. Tak samo jak przyznanie się oskarżonego do winy nie musi być dowodem dokonania przestępstwa. (3) Osoba symulująca prezentuje najcięższe zaburzenia orientacji i pamięci, równocześnie zachowując zdolność funkcjonowania i dostosowywania się do sytuacji. (4) Osoba symulująca ujawnia

wysoki stopień poczucia choroby psychicznej, podczas gdy w większości ciężkich zaburzeń psychicznych poczucie to nie występuje. (5) Objawy osoby symulującej nie układają się w konsekwentny zespół psychopatologiczny. (6) Rozmowa z osobą podejrzaną o symulację musi być prowadzona bardzo umiejętnie. Należy wystrzegać się pytań sugerujących objawy psychopatologiczne” (Bilikiewicz, 1992, s. 155-156).

II. MODELE WYJAŚNIAJĄCE SYMULOWANIE

Wykrycie motywacji do symulowania zaburzeń psychicznych lub fizycznych, czyli odpowiedź na pytanie, dlaczego człowiek podejmuje próby symulowania, stała się podstawą do opracowania modeli wyjaśniających zjawisko symulowania. Zdaniem Rogersa (1997) zjawisko symulowania można wyjaśnić na trzy sposoby, analizując je w kontekście: (a) psychopatologii oraz jej wpływem na pogorszenie się stanu zdrowia jednostki (model patogenetyczny), (b) postaw antyspołecznych (model kryminologiczny), (c) prób reagowania w sytuacjach trudnych (model adaptacyjny). Autor wyraźnie podkreśla, że modele te nie wykluczają się wzajemnie.

Model patogenetyczny opiera się na założeniu, że przyczyną symulowania są zaburzenia psychiczne. Symulowanie jest wynikiem intrapsychicznych i nieświadomych potrzeb. Próbując kontrolować pojawiające się objawy, pacjent wytwarza nowe objawy i opisuje je jako prawdziwe. Z czasem traci kontrolę nad symulowanymi objawami, jego stan się pogarsza i doświadcza prawdziwych objawów. Model ten szybko stracił uznanie z dwóch zasadniczych powodów. Po pierwsze, u wielu symulantów nie występowało zakładane dalsze pogarszanie stanu zdrowia. Po drugie, nastąpiła znaczna zmiana poglądów na temat samego symulowania. W badaniach Millera (1961) dotyczących nerwicy powypadkowej (*accident neurosis*) nastąpiło przesunięcie akcentu z psychopatologicznej na ekonomiczną motywację symulowania. Rozgłos otaczający osoby, które po otrzymaniu odszkodowania okazywały się „wyleczone”, doprowadził do powstania różnych pejoratywnych terminów sugerujących symulowanie, takich jak „nerwice dolarowe” lub „nerwice roszczeniowe”. Spowodowało to powstanie przekonania, że przypadki zaburzeń, bez leżących u ich podłoża urazów fizycznych, są prawdopodobnie motywowane przez korzyści wtórne. To z kolei doprowadziło do obaw, że na przykład w kontekście sądowym oskarżeni mogą usiłować uniknąć odpo-

wiedzialności karnej za pomocą symulowania zaburzeń psychicznych. Ten aspekt symulowania doprowadził do powstania modelu kryminologicznego.

Model kryminologiczny rozpowszechnił się w latach osiemdziesiątych XX wieku, jednak największą popularność zdobył wraz z ukazaniem się podręcznika DSM-IV (APA, 1994), w którym wskazuje się, że występowanie symulowania należy podejrzewać, kiedy: (1) badanie odbywa się w kontekście medyczno-sądowym; (2) badany nie współpracuje podczas procesu diagnozy i terapii; (3) istnieją dowody sugerujące antyspołeczne zaburzenie osobowości; (4) obiektywne dowody różnią się znacznie od pogorszenia funkcjonowania, na które skarży się badany. Zgodnie z poglądem Rogersa (1997), głównym wątkiem tego modelu jest „zło”. „Zła osoba (o antyspołecznej osobowości), w złych okolicznościach (problemy z prawem) zachowuje się źle (nie współpracuje podczas badania)” (tamże, s. 7). Pogląd ten dominuje w literaturze prezentującej wytyczne dotyczące oceny symulowania. Na przykład Pankratz i Binder (1997) sugerują, że należy rozważyć występowanie symulowania, gdy dana osoba występuje w roli oskarżonego i może uzyskać oczywiste wtórne korzyści z prezentowania rzekomych deficytów lub gdy w jej życiu występowały już zaburzenia pozorowane albo akty symulowania.

Model kryminologiczny ma jednak wiele ograniczeń. Chociaż osoby badane w kontekście sądowym często nie współpracują podczas badania, to nie można zakładać, że symulują. Kryterium braku współpracy podczas diagnozy i terapii również zostało zakwestionowane, gdyż w przypadku wielu zaburzeń, takich jak na przykład uzależnienia lub zaburzenia odżywiania, badani również charakteryzują się brakiem chęci do uczestniczenia i współpracy w procesie diagnozy i terapii. Ostatnie kryterium, dotyczące sprzeczności pomiędzy subiektywnie opisywanymi objawami a obiektywnymi dowodami, jest znakomitym przykładem przekonania opartego na błędnych założeniach. Zakłada, że występują obiektywne wskaźniki zaburzeń psychicznych, które można zmierzyć. Warto zwrócić uwagę, że inaczej niż w przypadku zaburzeń somatycznych, dla których wykryto obiektywne miary, w odniesieniu do większości zaburzeń psychicznych obiektywne miary nie są jeszcze znane.

Trzeci model – adaptacyjny – zakłada, że w niesprzyjających okolicznościach potencjalni symulanci podejmują analizę zysków i strat, wybierając opcję zachowania uważaną za najbardziej korzystną i zgodną z własnymi potrzebami. Rogers (1997) twierdzi, że prawdopodobieństwo symulowania lub powstrzymywania się przed takimi działaniami wzrasta, kiedy kontekst badania jest spostrzegany jako wrogi, stawka jest wysoka i kiedy wydaje się, że nie ma innych możliwości.

W kontekście sądowym, w obliczu lawiny obciążających dowodów osoby oskarżone mogą wywnioskować, że symulowanie jest ich ostatnią szansą, ponieważ nie mają już nic do stracenia. Jednak należy pamiętać, że potencjalna motywacja do symulowania nie może być traktowana jako niepodważalny dowód symulowania.

1. *Ograniczenia modeli wyjaśniających*

Modele wyjaśniające są bardzo ważne dla budowania ogólnej teorii symulowania. Pomagają zrozumieć przyczyny angażowania się w poszczególne formy zachowania, w tym w podejmowanie prób symulowania. Jednak ustalenia modeli wyjaśniających w żadnym wypadku nie mogą być wykorzystywane do wykrywania i badania symulantów. Innymi słowy, nie można zakładać, że osoba z potencjalną motywacją do podejmowania prób symulowania na pewno stanie się symulantem. Empirycznej weryfikacji tych stwierdzeń podjął się Rogers (1990), badając skuteczność wyróżnionych przez DSM-IV wskaźników w wykrywaniu symulowania. Z badań wyraźnie wynika, że wskaźniki te nie są skuteczne w identyfikowaniu symulantów.

III. METODOLOGIA BADAŃ SYMULOWANIA

W badaniach dotyczących problematyki symulowania zaburzeń pamięci najczęściej wykorzystuje się cztery rodzaje planów badawczych: (1) studium przypadku, (2) odgrywania roli, (3) porównania określonych grup i (4) plan zróżnicowanej przewagi.

1. *Studium przypadku*

Plan badań opierający się na idiograficznej metodzie – studium przypadku – jest coraz rzadziej wykorzystywany na gruncie psychiatrii oraz psychologii klinicznej. Standaryzacja procedury badawczej, możliwość uzyskania obiektywnych wyników oraz ich generalizacji na szersze populacje to bez wątpienia jedne z najważniejszych zalet metod nomotetycznych, które gwarantują ich niesłabnącą popularność. Jednak warto pamiętać, że to właśnie obserwacja oraz szczegółowy wywiad z pacjentem jest najbogatszym źródłem hipotez, które następnie można testować, stosując wystandaryzowane metody badawcze.

W problematyce symulowania zaburzeń pamięci studium przypadku jest jednym z najlepszych sposobów zbierania informacji. Dobrym przykładem na to, jak studium przypadku może stymulować dalsze badania, a tym samym postępy w praktyce klinicznej, jest wprowadzenie metody zwanej Symptom Validity Testing (Analiza trafności objawu, SVT). Autorami tej metody są Pankratz, Fausti i Peed (1975), którzy opracowali ją do oceny domniemanej utraty słuchu przez 27-letniego mężczyznę. Metoda ta opiera się na zindywidualizowanym teście wyboru, w którym zadania dostosowane są do pacjenta w taki sposób, aby nie mógł ich wykonać. Na przykład, osobę skarżącą się na zaburzenia wzroku prosi się o odczytanie wyrazu napisanego bardzo małą czcionką. Przy dobrej współpracy z terapeutą wiele osób, które rzeczywiście doświadczają zaburzeń, uzyskuje coraz lepsze wyniki w kolejnych próbach. Symulanci – przeciwnie. Demonstrują pogorszenie funkcjonowania w sposób ciągły (Lezak, 1995). Inne badania potwierdziły wysoką skuteczność tej techniki w wykrywaniu symulowania zaburzeń intelektualnych i neuropsychologicznych. Frederick, Carter i Powel (1995) opisują kilka prób dalszego rozszerzenia obszaru klinicznych zastosowań SVT, wykorzystując ją do oceny rzekomej utraty osobistych wspomnień.

Badania oparte na studium przypadku mają jednak liczne metodologiczne ograniczenia wynikające z braku niezależnych wskaźników symulowania. Dlatego powinny one być traktowane jedynie jako jeden z elementów złożonej procedury badawczej, obejmującej wiele różnych metod i narzędzi.

2. Odgrywanie roli

Ogromna większość badań dotyczących symulowania zaburzeń pamięci jest przeprowadzana zgodnie z planem badawczym odgrywania roli symulanta. W planie tym wykorzystuje się osoby badane spoza kontekstu klinicznego, najczęściej studentów, którzy są instruowani, aby podczas badania udawali osoby z urazami mózgu. Model ten jest często krytykowany ze względu na niską trafność zewnętrzną, zwłaszcza za brak dowodów przemawiających za możliwością uogólnienia wyników na prawdziwych symulantów (Haines, Norris, 1995; Rogers, Bagby, Dickens, 1992).

Jeden z powodów kwestionowania możliwości uogólnienia wyników wyrasta z faktu, że odgrywający role symulantów (np. studenci) nie mają takiej samej motywacji podczas pozorowania deficytów, jak prawdziwi symulanci w naturalnych warunkach. Bez tej motywacji możliwe jest, że odgrywający rolę symulan-

tów mogą przecenić deficyty związane z łagodnymi urazami mózgu (Haines, Norris, 1995). W jednym z badań, chcąc ograniczyć wpływ takich czynników, zaoferowano pokaźne wynagrodzenie finansowe dla osoby, która będzie najbardziej przekonująco symulować deficyty (Bernard, 1990). Procedura ta nie przyniosła znacznej zmiany wyników. Wyniki badanych, którzy otrzymywali wynagrodzenia finansowe, niewiele różniły się od symulantów, którzy takich wynagrodzeń nie otrzymali. Jednak chęć otrzymania wynagrodzenia finansowego za próby symulowania niewątpliwie różni się od motywacji do uniknięcia wyroku skazującego. Dlatego czynnik naturalnej motywacji do symulowania powinien być uwzględniany we wszystkich badaniach dotyczących omawianej problematyki. Innym zarzutem stawianym badaniom prowadzonym z udziałem udających symulantów jest wpływ zmiennych demograficznych. Mimo że większość planów badawczych angażuje badanych, którzy pod względem cech demograficznych odpowiadają prawdziwym symulantom, nie ma wyraźnych dowodów, które potwierdzałyby taką konieczność. Wpływ zmiennych demograficznych na angażowanie się lub powstrzymywanie przed symulowaniem nie został potwierdzony empirycznie.

Zdaniem Rogersa i Cavanaugha (1983) w założeniach tego planu badawczego można dostrzec paradoks. Osoby badane są proszone o udawanie objawów lub zaburzeń chorobowych po to, aby na podstawie ich działań wnioskować o zachowaniu osób, które symulują zaburzenia po otrzymaniu instrukcji szczerego reagowania. Innymi słowy, autorzy krytykują podejście, w którym na podstawie wyników badań szczerych osób proszonych o oszukiwanie wyciąga się wnioski o proszonych o szczerą osobach oszukujących.

3. Porównania określonych grup

Plan badawczy opierający się na porównaniach określonych grup (*known-groups comparison*) składa się z dwóch niezależnych etapów: (1) wyróżnienia porównywanych grup (na przykład prawdziwych pacjentów i symulantów) i (2) systematycznej analizy podobieństw i różnic pomiędzy porównywanymi grupami. Podstawowym warunkiem skuteczności porównań określonych grup jest pierwszy etap, mianowicie solidna i trafna klasyfikacja grup.

Wykorzystywanie porównań określonych grup odnosi się w pełni do klinicznego kontekstu badań dotyczących symulowania. Po pierwsze, badanie najczęściej odbywa się w środowisku klinicznym, gdzie można oczekiwać pojawienia

się różnych form reagowania niezgodnego z własnymi możliwościami, w tym symulowania. Po drugie, osoby symulujące podejmują takie działania z prawdziwych, życiowych powodów, co umożliwi przynajmniej częściowe uogólnienie wyników. Jak w każdym planie badawczym, eksperymentatorzy muszą rozważyć reprezentatywność badanej próby symulantów dla ogólnej populacji symulantów (Rogers, 1997). Plan porównań określonych grup charakteryzuje się wysoką trafnością zewnętrzną, ponieważ badania prowadzone są w naturalnym kontekście (np. klinicznym lub sądowym). Jednak trafność wewnętrzną tego planu badawczego jest bardzo niska, gdyż brak jest precyzyjnych kryteriów gwarantujących homogeniczność wyróżnionych grup.

4. *Plan zróżnicowanej przewagi*

Plan zróżnicowanej przewagi (*differential prevalence design*) po raz pierwszy został opisany przez Rogersa, Harrella i Liffa (1993), którzy wyraźnie zaznaczyli różnicę między tym planem badawczym a porównaniami określonych grup. W planie zróżnicowanej przewagi zakłada się, że pewne grupy różnią się pod względem proporcji występowania specyficznych rodzajów reagowania. Na przykład oskarżeni w trakcie procesu karnego lub osoby starające się o odszkodowania będą bardziej skłonne udawać rozmaite zaburzenia niż osoby znajdujące się w innej sytuacji. W planie zróżnicowanej przewagi porównuje się zatem dwie grupy osób skarżących się na zaburzenia pamięci. Jedną grupę, reprezentującą symulantów, tworzą osoby uwikłane w procesy karne, drugą, niesymulantów, osoby spoza kontekstu sądowego.

Stosowanie tego planu badawczego spotkało się jednak z ostrą krytyką. Różnice we wskaźnikach powszechności występowania aktów symulowania w danych grupach oparte są na wnioskowaniu, nie na pomiarze. Wnioski są wyciągane na podstawie zdroworozsądkowych przekonań lub danych sondażowych, a nie z rzetelnych badań eksperymentalnych. Ponadto nie są znane dane wskazujące na istnienie wskaźników powszechnego występowania symulowania w danej populacji bez względu na kontekst i motywy badanych. Dlatego nie można zakładać, że jakaś konkretna grupa w przeważającej mierze składa się z symulantów. Przeciwnie, nawet w obliczu bardzo wysokiej stawki (na przykład ocena poczytalności) tylko niewiele osób podejmuje działania symulowania. Kolejnym zarzutem często stawianym wobec tego planu badawczego jest to, że wyniki badań oparte na planie porównań specyficznych populacji dają bardzo mało informacji. Nie

wiadomo, kto w danej grupie symuluje ani ilu jest symulantów w każdej grupie. Nawet gdy wyniki potwierdzą oczekiwane różnice pomiędzy grupami, nie wiadomo, jakie znaczenie powinno być nadawane wynikom nietypowym.

Podsumowując wyniki badań opartych na planie porównań specyficznych populacji okazuje się, że odznaczają się one zarówno niską trafnością zewnętrzną, jak i wewnętrzną, nie pomagają badaczom zrozumieć zjawiska symulowania, a także nie wnoszą nic do jego klasyfikacji (Rogers, 1997).

5. Złożony model badawczy

Rogers (1997) postulował połączenie planu odgrywania roli symulanta z planem porównań określonych grup, aby zwiększyć trafność metodologii badań wykrywania symulowania. Mocne strony tych dwóch planów badawczych uzupełniają się wzajemnie. Precyzyjnie przygotowany plan badań odgrywania roli symulanta spełnia wymogi badań eksperymentalnych, umożliwia analizę specyficznych typów reagowania, umiejętności symulowania i motywacji. Natomiast plan porównań określonych grup zapewnia ekologiczną trafność badań. Badanie jest przeprowadzane w naturalnym, profesjonalnym środowisku (np. klinicznym lub sądowym), gdzie występują prawdziwe motywy działań.

IV. METODY WYKRYWANIA SYMULOWANIA ZABURZEŃ PAMIĘCI

Skuteczne symulowanie zaburzeń psychicznych zależy od stopnia znajomości psychiatrii, nie można bowiem udawać choroby, nie znając jej objawów. Większość osób potrafi wymienić podstawowe cechy słabej pamięci, podczas gdy na przykład poziom znajomości objawów afazji jest niewątpliwie znacznie mniejszy. Nietrudno więc zgadnąć, że zaburzenia pamięci są najczęściej wybieraną formą symulowania zaburzeń psychicznych jako konsekwencji urazów mózgu (Williams, 1997). Rozróżnienie prawdziwych zaburzeń pamięci od symulowanych jest najszerszym i podstawowym nurtem badań dotyczących symulowania na gruncie neuropsychologii.

W procesie wykrywania symulowania zaburzeń pamięci wykorzystuje się cztery wskaźniki trafności, które można opisać, wykorzystując terminologię teorii detekcji sygnałów: 1) procent poprawnie zaklasyfikowanych symulantów (trafie-

nia); 2) procent poprawnie zaklasyfikowanych niesymulantów (prawidłowe odrzucenia); 3) klasyfikacja fałszywie pozytywna (fałszywe alarmy) – procent niesymulantów (szczerych osób z prawdziwymi zaburzeniami) zaklasyfikowanych jako symulanci; 4) klasyfikacja fałszywie negatywna (ominięcia) – procent symulantów zaklasyfikowanych jako niesymulanci (Rosenfeld, Sands, van Gorp, 2000).

Najbardziej popularne techniki służące do wykrywania symulowania zaburzeń pamięci można podzielić na dwie duże grupy: narzędzia skonstruowane specjalnie do wykrywania symulowania zaburzeń pamięci, oparte w przeważającej mierze na metodach testowych, oraz analizy wyników standardowych testów neuropsychologicznych, których klasyfikacja została przedstawiona poniżej. W obrębie drugiej grupy wyróżnia się trzy podstawowe metody: (1) ustalanie wartości granicznych dla wyników standardowych testów neuropsychologicznych, co pozwala odróżnić symulantów od osób z zaburzeniami mózgu, reagujących zgodnie własnymi możliwościami; (2) metody jakościowe umożliwiające wskazanie tych zasad pamięci i uczenia, które zostały naruszone przez symulantów, oraz (3) metody wykorzystujące zasady poprzedzania.

1. *Ustalanie wartości granicznych*

Jednym ze sposobów wykrywania symulowania zaburzeń pamięci jest określenie wartości granicznych dla wyników osiąganych w standardowych testach neuropsychologicznych, które umożliwiają odróżnianie symulantów od osób odpowiadających szczerze. Metoda ta opiera się na założeniu, że symulanci rozwiązują testy stosunkowo gorzej niż osoby z prawdziwymi zaburzeniami mózgu, dlatego jeśli osoba badana otrzyma wynik niższy niż ustalona wartość graniczna dla populacji pacjentów klinicznych, jest duże prawdopodobieństwo, że prezentowane zaburzenia są symulowane. Ten sposób podejścia wykorzystuje się, analizując wyniki kilku opisanych niżej testów.

Jednym z nich jest The Recognition Memory Test (Test Rozpoznawania, RMT – Warrington, 1984), który bada zdolności osoby do rozpoznawania bodźców wzrokowych (wyrazów lub twarzy) prezentowanych wraz z dystraktorami. Iverson i Binder (2000) zanalizowali dane normatywne uzyskane na podstawie badań różnych grup pacjentów oraz symulantów. Badacze stwierdzili, że symulanci otrzymywali znacznie niższe wyniki niż pacjenci z urazami mózgu oraz z chorobą Alzheimera.

Iverson i Franzen (1996) określili wartości graniczne dla wielu zadań dotyczących pamięci, wliczając w to podtest powtarzania cyfr w Skali Inteligencji Wechslera dla Dorosłych – Wersji Poprawionej (Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised, WAIS-R – Wechsler, 1997), 21-Item Test (omawiany niżej) oraz podtest pamięci logicznej w Skali Pamięci Wechslera – Wersji Poprawionej (Wechsler Memory Scale-Revised, WMS-R – Wechsler, 1987). W badaniu wzięło udział 20 studentów i 20 pacjentów psychiatrycznych, z których połowa była proszona o odgrywanie roli symulanta, a połowa miała odpowiadać zgodnie ze swoimi możliwościami. Dodatkowo przebadano 20 osób z zaburzeniami pamięci, zdiagnozowanymi na podstawie Luria-Nebraska Neuropsychological Battery (LNNB – Golden, Purisch, Hammeke, 1995) lub WMS-R. Wyniki pokazały, że wartość graniczna równa 4, czyli podanie 4 lub mniej cyfr w teście powtarzania cyfr, umożliwiła poprawne zaklasyfikowanie 60% symulantów, 100% osób odpowiadających zgodnie ze swoimi możliwościami i 100% osób z zaburzeniami pamięci, przy ogólnej ocenie 70% poprawnych klasyfikacji i braku przypadków fałszywych alarmów. W zadaniu powtarzania cyfr wspan, przy wartości granicznej równej 3, ustalono 57,5% poprawnych klasyfikacji symulantów, 97,5% poprawnych klasyfikacji niesymulantów i 95% poprawnej klasyfikacji osób z zaburzeniami pamięci. Ogólny wynik poprawnych klasyfikacji oraz fałszywych alarmów wyniósł odpowiednio 81% i 3%.

Metody wykrywania symulowania zaburzeń opierające się na odnoszeniu się do wartości granicznych wyników różnych neuropsychologicznych testów budzą wiele zastrzeżeń. Po pierwsze, badacze nie są zgodni co do określonych wartości granicznych poszczególnych testów. Bardzo często okazuje się, że dla tego samego testu zakres, w obrębie którego różni badacze ustalali wartości graniczne, jest bardzo szeroki. Po drugie, założenie, że symulanci odpowiadają w testach gorzej niż osoby z prawdziwymi objawami chorobowymi, może również budzić liczne wątpliwości. Poziom wykonania testów w grupie symulantów i pacjentów może być bardzo zbliżony, co uniemożliwia trafne zróżnicowanie za pomocą tej metody. Po trzecie, nie przeprowadzano replikacji pojedynczych badań, w których ustalano by wartości graniczne dla poszczególnych testów. Może się okazać, że ustalone wartości graniczne mogą nie mieć zastosowania dla innych grup, w innych okolicznościach. Bez względu na krytykę metod opartych na wartościach granicznych trzeba pamiętać, że proces wykrywania symulowania zaburzeń pamięci wymaga zastosowania całego zestawu różnych metod. Metoda wartości

granicznych, włączona do całej baterii narzędzi wykrywania symulowania, może być bardzo pomocna w szukaniu wzorców reagowania symulantów.

2. Jakościowa analiza wyników

Poza ilościowymi metodami wykrywania symulantów współczesne badania dotyczące problematyki symulowania obejmują również szczegółowe analizy sposobów reagowania i rodzajów poszczególnych odpowiedzi na pytania testowe. U podstaw tej metody leży przekonanie, że wzorce reakcji obejmują również bardzo subtelne cechy, których symulant nie kontroluje. Wykrywając symulowanie zaburzeń pamięci na podstawie metod jakościowych, najczęściej analizuje się takie czynniki, jak: (1) rodzaj błędów, (2) krzywa wykonania (3) reakcje nietypowe oraz (4) czas reakcji.

Wskaźnik rodzaju błędów oznacza stopień nietrafności niepoprawnych odpowiedzi. Szczególnie w metodach opartych na testach wyboru błędne odpowiedzi można przypisać do dwóch kategorii: błędów „oczekiwanych” (typowych błędów popełnianych przez pacjentów z zaburzeniami mózgu) i „nieoczekiwanych” (np. wybór najmniej prawdopodobnej alternatywy w teście).

Analiza krzywych wykonania opiera się na założeniu, że symulanci nie uwzględniają stopnia trudności zadania podczas wyboru zadań, które wykonują niepoprawnie. Sporządzając krzywe wykonania, porównuje się proporcje poprawnych odpowiedzi do stopnia trudności zadań. Zarówno w przypadku pacjentów z zaburzeniami pamięci, jak i osób zdrowych liczba poprawnych odpowiedzi maleje wraz ze wzrostem trudności zadań. Krzywa wykonania symulantów często przybiera inny kształt. Zdarza się, że zależność między stopniem trudności zadania a liczbą poprawnych odpowiedzi symulantów koreluje pozytywnie albo poziom trudności zadania nie wpływa na poprawność odpowiedzi. Wykrywając symulowanie zaburzeń pamięci, najczęściej wykorzystuje się kilka różnych narzędzi, z których nie wszystkie służą do badania pamięci. Osoba symulująca zaburzenia pamięci symuluje bardzo często również deficyty w zakresie funkcjonowania procesów poznawczych. W związku z tym wykorzystanie narzędzi przeznaczonych do badania na przykład inteligencji może okazać się bardzo pomocne także podczas wykrywania symulowania. Analiza krzywej wykonania testu Progresywnych Matryc Revena (McKinzey i in., 1999) umożliwiła poprawną klasyfikację 73% symulantów oraz 94% badanych z grupy kontrolnej. Procenty ominięć i fałszywych alarmów wyniosły odpowiednio 26% i 5%. Kolejną jakościową

metodą wykrywania symulowania jest analiza wyników w odniesieniu do krzywej zapamiętywania. Efekty pierwszeństwa i świeżości są powszechnie uznanymi prawami zapamiętywania listy elementów wskazującymi, że elementy z początku i końca listy są lepiej zapamiętywane i odpamiętywane. W związku z tym, jeśli osoba badana odpamiętuje więcej elementów ze środkowej części listy, można podejrzewać symulowanie. Hall i Bernstein (1991) odkryli, że zarówno osoby zdrowe, jak i osoby z urazami mózgu reagują zgodnie z U-kształtną krzywą uczenia, podczas gdy symulanci przełamują efekt pierwszeństwa. Podobne wyniki badań uzyskała Suhr (2002).

Z kolei reakcje nietypowe dotyczą prezentowania objawów, które nie tworzą sensownego obrazu neuropsychologicznego (Rogers, Bender, 2003). Na przykład WMS-R składa się z dziewięciu podtestów, które wspólnie mierzą orientację, uwagę oraz bezpośrednio i odroczone przypominanie. W badaniach Mittenberga, Azrina, Millsapsa i Heilbronnera (1993) osoby z uszkodzeniami mózgu uzyskały wyższe wyniki w podskali uwagi/koncentracji niż w ogólnej skali pamięci. Odwrócenie tego wzorca wyników może być wskaźnikiem symulowania. Z kolei Benton i Spreen (1961) porównywali wyniki uzyskane w teście pamięci Bentona przez osoby z zaburzeniami mózgu oraz osoby proszone o symulowanie zaburzeń pamięci. Odgrywający rolę symulantów nie tylko uzyskali znacznie niższe wyniki w porównaniu z osobami z prawdziwymi zaburzeniami mózgu, ale również popełniali nietypowe błędy, takie jak wtrącania figur, które nie były prezentowane.

Podczas wykrywania symulowania zaburzeń pamięci wykorzystuje się też inne znane prawa działania pamięci. Jednym z najbardziej rozpowszechnionych testów służących do badania pamięci, a często wykorzystywanym również do wykrywania symulantów, jest Auditory Verbal-Learning Test (Test Uczenia się Słuchowo-Werbalnego, AVLT – Rey, 1964). Test ten umożliwia analizę uczenia, przypominania, rozpoznawania, niespójności pamięci oraz zakresu uczenia. W przeciwieństwie do metod odwołujących się do określonych wartości granicznych, AVLT dostarcza danych jakościowych. Na przykład Suhr i współautorzy (1997) zaobserwowali, że pacjenci z zaburzeniami mózgu rozpoznawali wyrazy, które wcześniej potrafili sobie przypomnieć podczas większości prób uczenia. Natomiast osoby wcielające się w rolę symulantów najczęściej nie rozpoznawały i nie przypominały sobie wyrazów, pomimo wcześniejszych osiągnięć w fazie zapamiętywania tych wyrazów. Na podstawie wyników tych badań Barrash, Suhr i Manzel (2004) opracowali wskaźniki symulowania (AVLT-Exaggeration Index, AVLTX) oparte na kilku jakościowych aspektach rozwiązywania testu AVLT,

obejmujących taki układ wyników, jak nadzwyczaj słabe zapamiętywanie, brak efektu pierwszeństwa, pogarszające się przypominanie i rozpoznawanie, brak rozpoznawania zapamiętywanych i przypominanych wyrazów oraz bardzo słaby stopień rozpoznawania. Badania wykorzystujące AVLTX potwierdziły wysoką trafność testu w wykrywaniu symulantów (Barrash, Suhr, Manzel, 2004). Podobne wyniki uzyskano w badaniach z wykorzystaniem The California Verbal Learning Test (CVLT; Kalifornijski Test Uczenia Werbalnego – Delis i in., 1987), w których symulanci prezentowali nietypowe reakcje zarówno w podtestach rozpoznawania, jak i przypominania. Porównanie wyników w testach przypominania i rozpoznawania przez osoby odgrywające rolę symulantów oraz uczestników grupy kontrolnej stało się również przedmiotem badań Beetara i Williama (1995), którzy zastosowali komputerową wersję Memory Assessment Scale (MAS; Skala Oceny Pamięci), co dodatkowo umożliwiło dokładny pomiar czasu reakcji rozwiązywania każdego podtestu. Badacze zaobserwowali duże różnice pomiędzy wynikami MAS w podtestach rozpoznawania i przypominania. Pomimo że odgrywający rolę symulantów osiągnęli niższe wyniki w podteście przypominania od badanych z grupy kontrolnej, ich wyniki w podteście rozpoznawania były dużo niższe w porównaniu z badanymi z grupy kontrolnej. Taki układ wyników jest sprzeczny zarówno ze schematem wyników osób zdrowych, jak i osób z zaburzeniami mózgu, które prezentują ekwiwalentne wzorce reakcji w odniesieniu do komponentów przypominania i rozpoznawania. Badania te wyraźnie pokazały, że porównywanie wyników testów przypominania i rozpoznawania może okazać się najlepszą metodą wykrywania symulowania zaburzeń pamięci wykorzystującą standardowe testy pamięci.

Beetar i Williams (1995) zauważyli dodatkowo bardzo istotną różnicę w czasach reakcji między symulantami i niesymulantami. Symulanci reagowali znacznie wolniej bez względu na rodzaj rozwiązywanego zadania. Czas reakcji prostej symulantów, osób z zaburzeniami mózgu oraz zdrowych badanych z grupy kontrolnej porównywali również Strauss i współautorzy (1994). Wyniki tych badań potwierdziły hipotezę, w myśl której symulanci reagują znacznie wolniej w porównaniu z osobami z zaburzeniami mózgu oraz z badanymi z grupy kontrolnej. Ponadto w przeprowadzonym po badaniu wywiadzie z badanymi osoby odgrywające rolę symulantów podawały właśnie wydłużenie czasu reakcji jako jedną z najczęściej wybieranych strategii reagowania poniżej swoich możliwości.

Metody wykrywania symulantów, oparte na jakościowej analizie danych pochodzących z testów, chociaż bardziej złożone i skomplikowane w porównaniu

z prostym modelem wartości granicznych, wyraźnie pokazują, że zaangażowanie w celowe wybieranie niepoprawnych odpowiedzi nie tylko wydłuża czas reakcji, ale też uniemożliwia symulantowi pełną kontrolę bardziej złożonych lub subtelnych wzorców reagowania. W związku z tym to właśnie te subtelne cechy odpowiedzi mogą okazać się najlepszymi wskaźnikami oszukiwania.

3. *Poprzedzanie*

Kolejny typ testów służących do wykrywania zaburzeń pamięci opiera się na zasadach poprzedzania (*priming*) i paradygmatu badań pamięci *implicit*. Poprzedzanie oznacza ułatwienie przetwarzania bodźca docelowego (*target*) przez występujący wcześniej bodziec. Powodem wykorzystywania paradygmatu poprzedzania w celu wykrywania symulowania zaburzeń pamięci jest odkrycie, że osoby cierpiące na amnezję wykonują takie zadania bardzo dobrze, wbrew powszechnym oczekiwaniom laików. Można zatem przypuszczać, że efekt poprzedzania u osób symulujących zaburzenia pamięci będzie znacznie słabszy w porównaniu z osobami z prawdziwymi zaburzeniami mózgu. Empiryczna weryfikacja tej hipotezy stała się celem badań McGuire i Shoresa (1998). Badacze wykorzystali Colorado Priming Test (CPT; Test Poprzedzania Stanu Kolorado) i stwierdzili wysoką trafność zastosowanej metody w wykrywaniu symulowania zaburzeń pamięci. Procent poprawnej klasyfikacji symulantów wyniósł ponad 88, natomiast osoby z zaburzeniami mózgu zostały poprawnie zaklasyfikowane w 75%.

Przykładem testu skonstruowanego na podstawie zasad poprzedzania jest również Word Completion Memory Test (WCMT; Test Pamięci Uzupełniania Wyrazów – Hilsabeck, LeCompte, 1997), który ma umożliwić identyfikowanie najbardziej przebiegłych symulantów. Najnowsze badania (Hilsabeck, Gouvier, 2005) pokazały, że WCMT odznacza się wysoką trafnością i rzetelnością w porównaniu z innymi miarami wykrywania symulowania zaburzeń pamięci. Procent wszystkich poprawnych klasyfikacji na podstawie wyników WCMT wyniósł 97.

Należy podkreślić, że skuteczność wykrywania symulowania zaburzeń pamięci wymaga rozwiązania jeszcze wielu problemów. Po pierwsze, szukając cech charakteryzujących wszystkich symulantów, a tym samym odróżniających ich od osób z prawdziwymi zaburzeniami mózgu, należy zadbać o naturalny kontekst badań (sądowy lub kliniczny), gdzie występuje prawdziwa motywacja wyboru takich czy innych form zachowań. Być może porównanie osób, które w jednakowych warunkach podejmują odmienne wzorce zachowań (symulowanie/reago-

wanie szczere), stanie się kluczem do wykrycia zakładanych różnic. Po drugie, należy znaleźć odpowiedź na pytanie, czy symulanci, w porównaniu z osobami z zaburzeniami mózgu, prezentują odmienne wzorce reagowania podczas rozwiązywania testów neuropsychologicznych? W przypadku odpowiedzi negatywnej stosowane dotychczas metody wykrywania symulowania okazałyby się bezużyteczne, ponieważ być może symulowanie jest jedyną cechą wspólną wszystkich symulantów, którzy poza tym nie charakteryzują się żadnymi dającymi się wykryć właściwościami. Po trzecie, jeśli zaburzenia pamięci – ze względu na powszechną znajomość objawów – są najczęściej wybieraną formą symulowania, warto podjąć próby analizy wpływu wiedzy z zakresu psychologii i psychopatologii na skuteczność symulowania oraz zastanowić się, czy skutecznego symulowania można się nauczyć.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barrash, J., Suhr, J., Manzel, K. (2004). Detecting poor effort and malingering with an expanded version of the Auditory Verbal Learning Test (AVLTX): Validation with clinical samples. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26, 125-140.
- Beetar, J. T., Williams, J. M. (1995). Malingering response style on the Memory Assessment Scale and symptom validity test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 10, 57-72
- Benton, A., Spreen, O. (1961). Bilingual Memory Test: The simulation of mental incompetence. *Archives of General Psychiatry*, 4, 79-83.
- Bernard, L. C. (1990). Prospects for faking believable memory deficits on neuropsychological tests and the use of incentives in simulation research. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12, 715-728.
- Bilikiewicz, A. (1992). Zaburzenia reaktywne. W: A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 152-156). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E., Ober, B. A. (1987). *The California Verbal Learning Test: Research edition*. New York: Psychological Corporation.
- Frederick, R. I., Carter, M., Powel, J. (1995). Adapting symptom validity testing to evaluate suspicious complaints of amnesia in medicolegal evaluations. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23, 231-237.
- Golden, C. J., Purisch, A. D., Hammeke, T. A. (1995). *Luria-Nebraska Neuropsychological Battery: Forms I & II manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Haines, M. E., Norris, M. P. (1995). Detecting the malingering of cognitive deficits: An update. *Neuropsychology Review*, 5, 125-148.

- Hall, S., Bernstein, R. A. (1991). Serial-position effects in paragraph recall following mild closed-head injury. *Perceptual & Motor Skills*, 72, 1295-1298.
- Hilsabeck, R. C., Gouvier, W. D. (2005). Detecting simulated memory impairment: Further validation of the Word Completion Memory Test (WCMT). *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 1025-1041
- Hilsabeck, R. C., LeCompte, D. C. (1997). *World Completion Memory Test (WCMT)* (unpublished test).
- Iverson, G. L., Binder, L. M. (2000). Detecting exaggeration and malingering in neuropsychological assessment. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15, 829-858.
- Iverson, G. L., Franzen, M. D. (1996). Using multiple objective procedures to detect simulated malingering. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 18, 38-51.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- McGuire, B. E., Shores, E. A. (1998). Malingering of memory impairment on the Colorado Priming Test. *The British Journal of Clinical Psychology*, 37, 99-102.
- McKinzey, R. K., Podd, M. H., Krehbiel, M. A., Raven, J. (1999). Detection of malingering on Raven's Standard Progressive Matrices: A cross-validation. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 435-439.
- Miller, H. (1961). Accident neurosis. *British Medical Journal*, 1, 919-925.
- Mittenberg, W., Azrin, R., Millsaps, C., Heilbronner, R. (1993). Identification of malingered head injury on the Wechsler Memory Scale-Revised. *Psychological Assessment*, 5, 34-40.
- Nies, K. J., Sweet, J. J. (1994). Neuropsychological Assessment and Malingering: A critical review a past and present strategies. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 6, 501-552.
- Pankratz, L., Binder, L. M. (1997). Malingering on intellectual and neuropsychological measures. W: R. Rogers (red.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2nd ed.) (s. 223-239). New York: The Guilford Press.
- Pankratz, L., Fausti, S., Peed, S. (1975). A force-choice technique to evaluate deafness in the hysterical or malingering patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 421-422.
- Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Rogers, R. (1990). Development of a new classificatory model of malingering. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 18, 323-333.
- Rogers, R. (1997). *Clinical assessment of malingering and deception*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Rogers, R., Bagby, R. M., Dickens, S. E. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R., Bender, S. (2003). Evaluation of malingering and deception. W: A. M. Goldstein (red.), *Handbook of psychology*. Vol. 11: *Forensic psychology* (s. 109-129). New Jersey: John Wiley and Sons Inc.
- Rogers, R., Cavanaugh, J. L. (1983). "Nothing but the truth": A reexamination of malingering. *Journal of Law and Psychiatry*, 11, 443-460.
- Rogers, R., Harrell, E. H., Liff, C. D. (1993). Feigning neuropsychological impairment: A critical review of methodological and clinical considerations. *Clinical Psychology Review*, 13, 255-274.
- Rosenfeld, B., Sands, S. A., van Gorp, W. G. (2000). Have we forgotten the base rate problem? Methodological issues in detection of distortion. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15, 349-359.

- Strauss, E., Spellacy, F., Hunetr, M., Berry, T. (1994). Assessing believable deficits on measures of attention and information processing capacity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 9, 483-490.
- Suhr, J. A. (2002). Malingering, coaching, and serial position effects. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15, 415-424
- Suhr, J. A., Tranel, D., Wefel, J., Barrash, J. (1997). Memory performance after head injury: Contributions of malingering, litigation status, psychological factors, and medication use. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19, 495-502.
- Warrington, E. K. (1984). *Recognition Memory Test: Manual*. Berkshire, UK: NFER-Nelson.
- Wciórka, J. (2002). Psychopatologia. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Robakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria* (t. I, s. 321-425). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Wechsler, D. (1987). *Wechsler Memory Scale-Revised manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Williams, J. M. (1997). The malingering of memory disorder. W: C. R. Reynolds (red.), *Detection of Malingering During Head Injury Litigation* (s. 105-133). New York, NY: Springer.
- World Health Organization (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision* (2nd ed.). Genewa: World Health Organization.

SIMULATION OF MEMORY IMPAIRMENT:
THE NATURE, ORIGIN AND DETECTION
WITH NEUROPSYCHOLOGICAL TESTS

S u m m a r y

The article presents a theoretical analysis of the phenomenon of simulation of memory impairment. According to the DSM-IV (APA, 1994) the essential features of simulation involve intentional or grossly exaggerated presentation of physical symptoms, motivated by external incentives such as avoiding military duty, avoiding work, obtaining financial compensation, evading criminal prosecution, or obtaining drugs. First, three main explanatory models of malingering are presented, then the issue of detection of memory impairment simulation is analyzed. The main research designs employed in the studies on simulation are discussed and detection strategies based on the analysis of the results on standard neuropsychological tests are presented.

Key words: malingering, memory disorders, simulation.