

Tomasz Zyss¹, Robert T. Hese², Andrzej Zięba¹, Joanna Boroń³

Próba stworzenia spójnych zaleceń orzeczniczych w przypadku zespołu psychoorganicznego, w przebiegu którego dochodzi do ujawnienia się deficytu intelektualnego

An attempt at developing coherent recommendations for jurisdiction in the case of psychoorganic syndrome in which intellectual deficit is revealed

¹ Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medium UJ w Krakowie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

² Z Kliniki Psychiatrii Śląskiej Akademii Medycznej w Tarnowskich Górach

Kierownik: prof. (ŚAM) dr hab. n. med. Robert T. Hese

³ Z Zespołu Poradni Zdrowia Psychicznego, CALD, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Kraków

Kierownik: dr Joanna Boroń

Tradycyjnie wyróżnia się trzy postaci zespołu psychoorganicznego: 1) oligofreniczny, 2) charakteropatyczny, i 3) otępienny. Według klasyfikacji chorób ICD-10 zaburzeniom tym odpowiada bardziej nowoczesna terminologia – odpowiednio: 1) upośledzenie umysłowe (F7x), 2) zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą uszkodzeniem mózgu lub dysfunkcją mózgu (F07), oraz 3) różne postaci otępień (od F00 do F04).

Do oceny poziomu sprawności intelektualnej, ergo do potwierdzenia istnienia ewentualnych deficytów intelektualnych można posługiwać się różnymi narzędziami neuropsychologicznymi. Najbardziej cennym narzędziem jest test inteligencji Wechslera, którego wyniki służą do wydzielenia 6 poziomów inteligencji poniżej obszaru prawidłowego. W ocenie znaczenia orzeczniczego określonych deficytów intelektualnych zasadnym jest posługiwanie się literą dawnego Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie uprawnień do wcześniejszej emerytury pracowników opiekujących się dziećmi wymagającymi stałej opieki z 15 maja 1989 roku.

Według wspomnianego Rozporządzenia dopiero upośledzenie umysłowe na poziomie przynajmniej umiarkowanym stanowi samodzielnie przesłankę do orzeczenia drugiej grupy inwalidzkiej (obecnie: całkowitej niezdolności do pracy). W przypadku lekkiego upośledzenia umysłowego – orzeczenie takie może być przyjęte dopiero przy współobecności innych ciężkich schorzeń – bardzo

poważnie upośledzających sprawność ustroju. Innymi słowy lekkie upośledzenie umysłowe jest przesłanką do orzeczenia jedynie częściowej niezdolności do pracy. Idąc dalej tym tokiem rozumowania mniejsze deficyty intelektualne, jak: pogranicze upośledzenia czy inteligencja poniżej przeciętnej – nie powinny być formalnie przesłankami o znaczeniu orzeczniczym.

Wydaje się celowe stosowanie podobnych zaleceń również w przypadku zespołów otępiennych, a więc wtórnych deficytów intelektualnych ujawniających się w wieku dorosłym lub nawet podeszłym.

Traditionally, we distinguish three forms of psychoorganic syndrome: 1) oligophrenic, 2) characteropathic, and 3) dementive. According to ICD-10 classification, these disorders should be defined by more modern terms: 1) mental impairment (F7x), 2) personality disorders and behaviors caused by brain injury or brain malfunction (F07), and 3) various forms of dementia (from F00 to F04), respectively.

To assess the level of intellectual aptitude, i.e., to confirm the existence of possible intellectual deficits, we can use various neuro-psychological instruments. The most important instrument here is the Wechsler scale, whose results allow for distinguishing six intellectual levels below mental norms. To assess the judicial importance of particular intellectual deficits, the experts should refer

to the former Government Ordinance on the rights to earlier retirement benefits of employees having children who require constant care, of May 15, 1989.

According to the above mentioned Ordinance, it is only at least moderate mental impairment that may be the sole basis for deciding about the former second disability group (now: complete inability to work). In the case of slight impairment – such a decision may be issued only if the impairment occurs together with other serious disorders severely impairing organism functioning. In other words, slight mental impairment can justify the certification of mere partial inability to work. Following this line of thought, we must say that lesser intellectual deficits, such as borderline cases or intelligence below average, should not be formally the premises of judicial value. It seems sensible to issue similar guidelines also in the case of dementive syndromes, that is, secondary intellectual deficits occurring at mature or old age.

Słowa kluczowe: zespół psychoorganiczny, deficyt intelektualny, zalecenia orzecznicze
Key words: psychoorganic syndrome, intellectual deficiency, recommendations for pension jurisdiction

WPROWADZENIE

W dawnej tradycyjnej terminologii psychiatrycznej wywodzącej się od albo też ugruntowanej przed profesora Adama Bilikiewicza wyróżnia się trzy postacie zespołu psychoorganicznego [2, 4]:

- 1) oligofreniczny,
- 2) charakteropatyczny,
- 3) otępienny.

W przypadku zaburzeń charakteropatycznych w obrazie klinicznym dominują zaburzenia emocjonalne, zachowania, potrzeb i impulsów. Obniżenie ogólnie rozumianej sprawności intelektualnej oraz zaburzenia pamięci są z kolei objawami wiodącymi zespołu oligofrenicznego i otępiennego. Jednak również w obrazie dwóch ostatnich postaci zaburzeń psychoorganicznych mogą występować zaburzenia emocjonalne i zachowania, wahania nastroju i bezkrytycyzm.

Według klasyfikacji chorób ICD-10 [8] wymienionym powyżej rodzajom zaburzeń psychoorganicznych odpowiada bardziej nowoczesna terminologia – odpowiednio: 1) upośledzenie umysłowe (F7x), 2) zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą uszkodzeniem mózgu lub dysfunkcją mózgu (F07), oraz 3) różne postaci otępień (od F00 do F04). Należy przy tym zauważyć, iż ogólnie rozumiane „podłoże organiczne” może być sprzyjającym czynnikiem etiopatogenetycznym dla rozmaitych innych nawarstwiających się zaburzeń

czynnościowych – od (rzekomo)nerwicowych, przez afektywne (w tym depresje) do zaburzeń psychotycznych.

W orzecznictwie rentowym znaczenie zaburzeń czynnościowych oceniane jest na podstawie nasilenia objawów klinicznych (obserwowanych w trakcie badania ≈ prezentowanych przez samego pacjenta, potwierdzanych zapiskami lekarskimi), intensywności leczenia (rodzaj stosowanej farmakoterapii – rodzaj leków i ich dawki; częstość i długość ewentualnych hospitalizacji psychiatrycznych) oraz innych pośrednich okoliczności (np. konflikty z prawem w przypadku zaburzeń charakteropatycznych) [16].

Znaczenie orzecznicze przytoczonych powyżej czynnościowych zaburzeń warunkowanych podłożem organicznym waha się w szerokim zakresie – od zdolności do zatrudnienia w przypadku dawnych tzw. zespołów rzekomonerwicowych (pseudo-neurastenicznych) ujawniających się na dyskretnym i przypadkowo odkrywanym podłożu organicznym, przez częściową i całkowitą niezdolność do pracy – w przypadku przynajmniej umiarkowanie nasilonych zaburzeń emocjonalnych i zachowania, zaburzeń afektywnych, itp., aż do niezdolności do samodzielnej egzystencji w przypadku nasilonych i czynnych psychoz organicznych czy tzw. jakościowych zaburzeń świadomości.

Niniejsza praca poświęcona jest ocenie znaczenia orzeczniczego zaburzeń psychoorganicznych, w przebiegu których dochodzi do ujawnienia się lub też występowania deficytu intelektualnego. Oczywiście współwystępowanie zaburzeń czynnościowych – oprócz deficytu intelektualnego ma (może mieć) dodatkowe znaczenie orzecznicze.

DIAGNOSTYKA

Ważne znaczenie w zakresie diagnostyki zespołów psychoorganicznych odgrywa wywiad pozwalający na zorientowanie się w rodzaju działającej na pacjenta noksy, w tym: poważne choroby matki w trakcie ciąży, powikłany i zagrożony poród wraz z urazem okołoporodowym głowy, choroby okresu wczesnodziecięcego przebiegające z włączeniem ośrodkowego układu nerwowego, urazy głowy w życiu późniejszym w tym również dorosłym, zatrucia lakierami, czadem, rozpuszczalnikami organicznymi, kontakt zawodowy z ołowiem, arsenem, talem, choroby zapalne przebiegające w obrębie lub w okolicach mózgu, choroby somatyczne mogące wpływać na funkcjonowanie mózgu (endokrynopatie, nadciśnienie tętnicze, itp.), oraz szereg innych. Wywiad dostarcza informacje kiedy (jak dawno

temu) wymieniona noksa działa na ośrodkowy układ nerwowy pacjenta i jak długo oddziaływała. Dane o ogólnym funkcjonowaniu pacjenta, zdobytym wykształceniu, wykonywanym zawodzie – pozwalają ocenić jaki jest przybliżony zakres ewentualnej psychodegradacji, lub też odwrotnie – wykazać, iż skutki po dawnym uszkodzeniu tkanki nerwowej mózgu nie są obecnie duże, a wcześniejsze deficyty zostały na przestrzeni lat zresorbowane.

Oczywiście od indywidualnej podatności oraz późniejszych procesów adaptacyjno-naprawczych zależy w jaki sposób dana noksa wywrze wpływ na stan zdrowia psychicznego pacjenta, jego ogólne funkcjonowanie oraz jego zdolność do zatrudnienia. Niekiedy poważnie wyglądające zatrucia czy urazy – okazują się być w przyszłości banalnymi, nieznacznymi i nie pozostawiającymi po sobie wyraźnej, namacalnej czy wymiernej szkody organiczno-strukturalnej.

Do weryfikacji danych z wywiadu służą badania dodatkowe. Ważną rolę odgrywają w tej mierze badania neuroobrazowania [12] – tomografia komputerowa (TK) głowy czy badanie techniką magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI). W tym miejscu należy wyraźniej podkreślić, iż również wyniki tych badań – mają jedynie pomocnicze znaczenie. Istnienie zaników tkanki mózgowej w obrazie TK nie musi skutkować (nie zawsze skutkuje) istnieniem mierzalnych lub też mających znaczenie orzecznicze deficytów intelektualnych czy też jakichkolwiek zaburzeń emocjonalnych i zachowania. Znaczenie orzecznicze charakteropatycznej postaci zespołu psychoorganicznego (dziś: organicznie warunkowanych zaburzeń osobowości i zachowania) jest zwyczajowo mniejsze niż postaci otępiennej zespołu psychoorganicznego. Czasem nieprawidłowy wynik badania neuroobrazowego ma charakter przypadkowy – np. ujawnia się w przebiegu diagnostyki bólów głowy. Jeżeli brak jest określonych dysfunkcji, zaburzeń czy objawów klinicznych – nie sposób jest na wyrost stawiać u pacjenta rozpoznania zespołu psychoorganicznego i stygmatyzować go przedwcześnie tym poważnym rozpoznaniem psychiatrycznym.

Nie tak rzadko zdarza się, iż mniejszym deficytom intelektualnym wywodzącym się z okresu dzieciństwa (pogranicze upośledzenia, lekkie upośledzenie umysłowe) nie towarzyszą żadne zmiany strukturalne w obrębie mózgowia – w rodzaju zaników, malformacji, lezji, ognisk pencefalii, itp. Lekkie postaci deficytów intelektualnych bywają często tłumaczone brakiem odpowiedniej stymulacji i warunków rozwojowych – określanymi mianem zaniedbań środowiskowych. Im głębszy jest jednak poziom upośledzenia umysłowego – tym większe

jest prawdopodobieństwo, że badania technikami neuroobrazowania wykażą (potwierdzą) istnienie podłoża organicznego. W obszarze klinicznym cięższymi postaciami deficytów intelektualnych mogą towarzyszyć określone zaburzenia neurologiczne: padaczka, porażenia-niedowłady, odruchy deterioracyjne, cechy ogniskowego lub rozlanego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Pewnym problemem jest stwierdzana niekiedy sytuacja, kiedy to późniejsze badanie neuroobrazowania okazuje się być „lepsze” niż wcześniejsze (np. wcześniejsze badanie wspominało o zanikach mózgowych, podczas gdy drugie ich nie potwierdzało). O ile jeszcze łatwiej można byłoby sobie wyobrazić poprawę w zakresie wyniku badań psychologicznych – to trudniej jest przyjąć możliwość ustąpienia zmian strukturalnych w badaniach neuroobrazowania. Przyczyną opisanego stanu rzeczy można doszukiwać się w mało starannym opisywaniu zdjęć TK lub MRI – w tym nie uwzględnianie tzw. norm dekadowych (norm określających odpowiednie relacje wewnątrzczaszkowe w kolejnych dekadach życia człowieka, tj. uwzględniających naturalną, fizjologiczną inwolucję mózgowia) lub/i nie posiłkowanie się bardziej zobiektywizowanymi metodami oceny (opisywanie zdjęć metodą orientacyjną – „na oko” – bez wyliczania wskaźników w rodzaju: współczynnika wielkości komór, liczby Huckmanna, cella-media-index, wielkości rogów skroniowych i szczeliny Sylwiusza, wymiaru poprzecznego hipokampa właściwego).

Drugie miejsce pod względem znaczenia klinicznego i orzeczniczego w zakresie oceny „organiki” mózgowej zajmują metody psychologiczne [3, 10]. Te zostaną omówione w dalszych częściach niniejszego opracowania. Zapewne jednak większe znaczenie orzecznicze mają „twarde” zmiany strukturalne potwierdzone badaniami neuroobrazowania, niż nieprawidłowości w tzw. triadzie testów organicznych.

Oczekiwane jest aby przebyty uraz głowy, zatrucie czadem czy doznany udar pozostawiały ślad zarówno w badaniach neuroobrazowych, jak i testach psychologicznych. Czasem jednak ma miejsce sytuacja odwrotna: klinicznie dobrze wyrażone objawy „organiki” nie znajdują lub też w niewielkim stopniu potwierdzenie w wynikach badań dodatkowych. Z jednej strony wydaje się, iż znaczenie objawów klinicznych powinno być większe niż wyników badań dodatkowych. Z drugiej jednak strony brak organiki w badaniach dodatkowych skłania do zastanowienia się nad rzeczywistą naturą zaburzeń, które do tej pory przyjmowane

były jako warunkowane podłożem organicznym. W zakresie orzeczniczym – sytuacja taka skutkuje niekiedy koniecznością wycofania się z od lat podnoszonego rozpoznania zespołu psychoorganicznego i przeformułowania go na rozpoznanie określonych zaburzeń czynnościowych z co najwyżej nieznacznym-dyskretnym podłożem organicznym („sugestią z zmian organicznych”).

I tak w przypadku wcześniejszego rozpoznawania „otępienia” u osoby nie będącej w podeszłym wieku, która nie doznała urazu głowy, zatrucia czadem, nie przeżyła zapalenia mózgu lub opon, u której nie stwierdza się guza mózgu, przewlekłej choroby nadciśnieniowej, choroby zwyrodnieniowej mózgu, oraz w sytuacji, gdy badania dodatkowe – w tym głównie badania neuroobrazowania – nie wykazują podłoża organicznego – należy brać pod uwagę zaburzenia depresyjne, psychozę, zaburzenia lękowe, objawy otępienia rzekomego, czy wreszcie agrawację lub nawet symulację objawów.

UPOŚLEDZENIA UMYSŁOWE

Upośledzenie umysłowe jest stanem zahamowania lub niepełnego rozwoju umysłowego, które charakteryzuje się zaburzeniem rozmaitych umiejętności i funkcji poznawczych [9, 14]. Deficyt intelektualny jest centralnym, lecz nie jedynym, objawem upośledzenia umysłowego. Objawami towarzyszącymi mogą być zaburzenia zachowania, emocjonalne, adaptacyjne, afektywne i inne.

W zakresie oceny deficytu intelektualnego aparat pojęciowy i wykonawczy jakim dysponuje sama psychiatria jest niewystarczający. Oceny orientacyjne są niekiedy dalece błędne i nie są wystarczające do wywiedzenia określonych wniosków ani diagnostycznych czy też orzecznicznych. W zakresie oceny deficytu intelektualnego konieczne jest posiłkowanie się metodami badania psychologicznego – tu: testami badającymi – oceniającymi tzw. wskaźnik lub iloraz inteligencji (II; z angielskiego IQ – intelligence quotient).

Najbardziej popularnym, rozpowszechnionym i najczęściej stosowanym narzędziem do oceny ilorazu inteligencji jest test Wechslera [6, 15] – obecnie w wersji poprawionej (WAIS-R; R – od revisited). Wynik centylowy pozyskiwany w teście Matryc Ravena – niezbyt nadaje się do zastosowania orzeczniczego.

Przeciętna (prawidłowa) sprawność intelektualna („norma”) obejmuje sprawność intelektualną między 90 a 109 punktami ilorazu inteligencji. Przeciętna sprawność intelektualna jak i intelekt powyżej tego zakresu nie stanowi domeny orzecznictwa rentowego – w przeciwieństwie do sprawności intelektualnej poniżej zakresu przeciętnego.

Obszar poniżej tej wartości został podzielony aż na sześć zakresów: inteligencję poniżej przeciętnej (dawnej: górny zakres ociążałości umysłowej), pogranicze upośledzenia (dawnej: dolny obszar ociążałości umysłowej) oraz cztery poziomy upośledzenia umysłowego: lekkie, umiarkowane, znaczne i głębokie (skrót mnemotechniczny: LUZG). Ze zrozumiałych względów znaczenie poszczególnych zakresów inteligencji poniżej inteligencji przeciętnej musi mieć odmienne znaczenie orzecznicze.

W ocenie znaczenie orzeczniczego określonych deficytów intelektualnych zasadnym jest posługiwanie się literą dawnego Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie uprawnień do wcześniejszej emerytury pracowników opiekujących się dziećmi wymagającymi stałej opieki z 15 maja 1989 roku [11].

Rozporządzenie to było jedyną znaną ustawą, która *nomine verbis* wymieniała schorzenia i przypisywała im określone znaczenie orzecznicze. Ani w dawnych ustawach emerytalno-rentowych, ani też w aktualnej ustawie o rentach i emeryturach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych nie ma bowiem żadnych wytycznych orzecznicznych, które by zawierały wytyczne orzecznicze i stanowiły w jaki sposób dane schorzenie wpływa i ogranicza zdolność pacjenta do zatrudnienia (innym obszarem, dla którego stworzono pewne normy orzecznicze jest częściowo orzecznictwo niepełnosprawności dzieci i stopniach niepełnosprawności dorosłych oraz dokonywanie oceny procentowej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu; w drugim przypadku Załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku [za 16] zawiera wartości minimalne i maksymalne możliwego do orzeczenia uszczerbku na zdrowiu w danej jednostce chorobowej). Tym samym ustawodawca w zakresie „zwykłego” orzekania rentowego scedował całkowicie procedurę orzekania, tj. przypisywania danemu schorzeniu o określonym nasileniu określonego znaczenia orzeczniczego, na subiektywny osąd lekarzy ZUS oraz biegłych sądowych. Prawdopodobnie organ ZUS stworzył swoje wewnętrzne normy i wskazówki orzecznicze, które jednak nie są dostępne powszechnemu ogółowi lekarzy.

Zgodnie z omawianym rozporządzeniem „beneficjentem” możliwości przejścia na wcześniejszą emeryturę był rodzic ciężko chorego dziecka, którego schorzenie pozwalało na zaliczenie go do II grupy inwalidzkiej (później: orzeczenie całkowitej niezdolności do zatrudnienia). Schorzenia, które kwalifikowały dziecko do II grupy inwalidzkiej zostały uwzględnione w ustępie 3 omawianego Rozporządzenia – są to nie tyle schorzenia o określonej dynamice przebiegu, lecz stacjonarne stany – zwykle po

ciężkim porodzie, urazach, zatruciach, zapaleniach, itp. – przebiegające zwykle z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

Punkt 1 ustępu 3 odnosi się zasadniczo do niedowładów mięśniowych – będących skutkiem porażenia okołourodzeniowego lub wczesnodziecięcego. Znacznie rzadziej podobne stany mogą wynikać z przebytych urazów lokomocyjnych lub innych wypadków, czy też być stanem zejściowym niektórych schorzeń neurologicznych – polegających na zaniku mięśni lub związanych z uszkodzeniem rdzenia lub mózgu.

Punkt 4 ustępu 3 stanowił pewną furtkę orzeczniczą, która dopuszcza również inne schorzenia – spoza wymienionej listy – jeżeli tylko w bardzo poważny sposób ograniczają sprawność ustroju.

Punkt 2 Rozporządzenia odniósł się z kolei do grupy schorzeń psychicznych, których głównym objawem jest deficyt intelektualny, tj. upośledzeń umysłowych. Według Rozporządzenia dopiero

upośledzenie umysłowe na poziomie przynajmniej umiarkowanym stanowiło samodzielnie przesłankę do orzeczenia drugiej grupy inwalidzkiej (= całkowitej niezdolności do pracy). Praktyka kliniczna potwierdza, iż głębsze poziomy upośledzenia (upośledzenie znaczne i głębokie), którym zwykle towarzyszą inne deficyty neurologiczne (uszkodzenia w obrębie narządu ruchu, niedosłuch, niedowidzenie) czy padaczka – są powodem orzeczenia u pacjenta również niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Z punktu 3 ustępu 3 wynika, iż w przypadku lekkiego upośledzenia umysłowego – uznanie dziecka za spełniające warunki ustawy – może być przyjęte dopiero przy współobecności innych ciężkich schorzeń – bardzo poważnie upośledzających sprawność ustroju. Innymi słowy lekkie upośledzenie umysłowe jest przesłanką do orzeczenia jedynie częściowej niezdolności do pracy.

Tab. 1. Wytyczne orzecznicze dla poszczególnych poziomów deficytu intelektualnego

wartość ilorazu inteligencji	kategorie inteligencji	
≥130	inteligencja bardzo wysoka	
120-129	inteligencja wysoka	
110-119	inteligencja powyżej przeciętnej	
90-109	inteligencja przeciętna	
80-89	inteligencja poniżej przeciętnej	} brak orzeczniczego znaczenia
70-79	pogranicze upośledzenia	
50-69	upośledzenie umysłowe lekkie	→ częściowa niezdolność do pracy
35-49	upośledzenie umysłowe umiarkowane	→ całkowita niezdolność do pracy
20-34	upośledzenie umysłowe znaczne	} całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji
<20	upośledzenie umysłowe głębokie	

Idąc dalej tym tokiem rozumowania mniejsze deficyty intelektualne, jak: pogranicze upośledzenia (dolny zakres dawnej ociążałości umysłowej) czy inteligencja poniżej przeciętnej (górny obszar dawnej ociążałości umysłowej) – nie powinny być formalnie przesłankami do orzeczenia choćby częściowej niezdolności do pracy.

Schorzeniami „dopełniającym” lekkie upośledzenie umysłowe do poziomu całkowitej niezdolności do pracy mogą być kalectwa w zakresie narządu ruchu – poważne (lecz zapewne w mniejszym zakresie niż te spełniające warunki punktu 1), kalectwa w obrębie narządu słuchu (znaczny niedosłuch lub głuchota) czy wzroku (znaczne niedowidzenie lub ślepotą). I w tym wypadku ustawodawca przewidział możliwość odwołania się do innych, nie wymie-

nionych w liście schorzeń (stanów chorobowych) – jednak pod warunkiem, że bardzo poważnie upośledzają one sprawność organizmu.

Tego rodzaju stanem chorobowym z zakresu psychiatrii mogą być nasilone – zwykle organicznie warunkowane – zaburzenia emocjonalne i zachowania, odpowiadające dawnemu pojęciu zaburzeń charakteropatycznych. Określenie „poważnie upośledzające” może być potwierdzone przewlekłym leczeniem psychiatrycznym z zastosowaniem odpowiednich dawek leków neuroleptycznych, jak również istnieniem u badanego zachowań agresywnych i autoagresywnych (np. z próbami okaleczenia się: nacięcia/sznyty, wieszanie się), intensywnym nadużywaniem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, konfliktów z prawem.

Dowodem istnienia nasilonych czynnościowych zaburzeń psychicznych, które by łącznie z lekkim upośledzeniem umysłowym – czyniły pacjenta całkowicie niezdolnym do zatrudnienia nie może być dopiero co podjęte leczenie psychiatryczne (zwyczajowo do pół roku przed podjęciem starań o odpowiednie świadczenia emerytalne) i stosowanie leków w rodzaju benzodiazepin czy hydroksyzyny. Dość często podnoszone w zaświadczeniach o stanie zdrowia rozpoznanie zaburzeń depresyjnych lub depresyjno-lękowych – nie znajduje potwierdzenia ani w badaniu pacjenta, ani też w dokumentacji lekarskiej.

W tym miejscu należy ponadto zauważyć, iż deficyt intelektualny o określonej (mierzonej odpowiednim testem) głębokości – jest głównym, lecz nie jedynym objawem rozpoznania z grupy upośledzeń umysłowych. Nie można zapomnieć, iż braki kontroli intelektualnej odbijają się na innych funkcjach psychicznych, jak aktywność ruchowa, sfera emocjonalna, zachowanie, itp. Tym samym nie wszystkie problemy emocjonalne osoby z upośledzeniem umysłowym można traktować jako osobne schorzenie (charakteropatię, encefalopatię wczesnodziecięcą, itp.). Sama Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób w rewizji 10 (ICD-10) daje możliwość rozpoznania postaci upośledzenia bez lub ze zmianami w zachowaniu o minimalnym nasileniu, bądź też ze znaczącymi zmianami w zachowaniu, które wymagają opieki lub leczenia. Znaczenie orzecznicze – z punktu widzenia omawianego Rozporządzenia – będą więc miały dopiero te znacznie nasilone zaburzenia zachowania.

Oczywiście inne nasilone zaburzenia czynnościowe wieku dziecięcego i młodzieżowego, jak autyzm, zespół Retta, choroba tików, inne ciężkie zaburzenia rozwojowe, czy dekompensacje psychotyczne – również pozwalają na uznanie pacjenta całkowicie niezdolnym do zatrudnienia – niekiedy nawet bez potrzeby odwoływania się do jakiegokolwiek deficytu intelektualnego, gdyż niejednokrotnie schorzenia te samodzielnie osiągają poziom prowadzący do całkowitej niezdolności do pracy.

W tym miejscu należy podnieść wadliwość rozpoznawania przez wielu lekarzy w rejonie schizofrenii u osób z deficytem intelektualnym – choćby na poziomie pogranicza upośledzenia umysłowego. W tym przypadku właściwe jest rozpoznawanie zaburzeń schizofrenopodobnych, zaburzeń z kręgu schizofrenii, organicznych zaburzeń urojeniowych, itp. Z kolei niski poziom sprawności – stwierdzany u pacjenta z wieloletnimi zaburzeniami psychotycznymi jest zwykle wynikiem albo braku współpracy pacjenta z psychologiem w trakcie badania odpowiednim testem, lub też potwierdza wystąpienie tzw. rezydium (po)psychotycznego (dawnego: defektu).

Należy podnieść, iż obecnie obowiązujące kryteria oceny inteligencji człowieka zostały wprowadzone przez Światową Organizację Zdrowia WHO w 1968 r. W zakresie inteligencji poniżej przeciętnej wycofany został dawny, tradycyjny podział niedorozwoju umysłowego obejmujący trzy stopnie: debilizm (ograniczenie umysłowe), głuptactwo (imbecylizm), oraz idiotyzm, które weszły do powszechnego słownictwa jako terminy pejoratywne i obelżywe. Wprowadzone zostały nowe kategorie inteligencji [16].

Tab. 2. Dawny podział niedorozwoju umysłowego – w porównaniu do współczesnego podziału.

obecnie obowiązujące kategorie inteligencji	wartość ilorazu inteligencji		tradycyjny podział niedorozwoju umysłowego		
inteligencja przeciętna	90-109				
inteligencja poniżej przeciętnej	80-89	52-85	68-85	lekki debilizm	
pogranicze upośledzenia	70-79				górny zakres ociążałości
upośledzenie umysłowe lekkie	50-69		52-67	ciężki debilizm	debilizm = ograniczenie umysłowe = oligofrenia lekkiego stopnia.
upośledzenie umysłowe umiarkowane	35-49	30-51			
upośledzenie umysłowe znaczne	20-34				głuptactwo = imbecylizm = oligofrenia średniego stopnia
upośledzenie umysłowe głębokie		<20		idiotyzm = oligofrenia najcięższego stopnia	

Autorzy przytaczają dawny podział niedorozwoju umysłowego jako pewną ciekawostkę, które może być niekiedy użyteczna w przypadku pacjentów z diagnozą deficytu umysłowego postawioną przed 1968 r. a więc przy użyciu dawnej terminologii.

Podwójny system orzecznicy (w zakresie niepełnosprawności i niezdolności do pracy) powoduje niekiedy pewne zamieszanie i niespójności orzecznicze. I tak organ ZUS w zakresie „zwykłego” orzecznictwa rentowego – osoby z lekkim, a niekiedy nawet umiarkowanym upośledzeniem umysłowym – uznaje za zdolne do zatrudnienia. Najczęściej ma to miejsce w sytuacji, gdy pacjentowi „udało się” przepracować choćby kilka lat np. w spółdzielczości inwalidzkiej czy zakładzie pracy chronionej. W takim przypadku organ ZUS wychodzi z założenia, iż upośledzenie umysłowe jest tylko niepełnosprawnością lub pewnym kalectwem – bez znaczenia orzeczniczego (wniesionym z okresu przed-ubezpieczeniowego). Rozpoznanie upośledzenia znaczenie orzecznicze przypisywane jest dopiero w sytuacji, gdy postępowanie dotyczy właśnie wcześniejszej emerytury dla rodzica, renty socjalnej czy renty rodzinnej.

Podobne obserwacje autorzy poczynili również w zakresie rozpoznań laryngologicznych czy okulistycznych. Z punktu 3 ustępu 3 wynika pośrednio, iż znaczny niedosłuch czy głuchota, jak również znaczne niedowidzenie czy ślepotą – są nie tylko znacznymi kalectwami w obrębie narządu słuchu i wzroku (szczególnie w przypadku gdy nie mogą być one wyrównane aparatami słuchowymi czy okularami), lecz przesłanką do orzeczenia przynajmniej częściowej niezdolności do pracy – od dzieciństwa. Tymczasem ZUS czy niekiedy biegli sądowi uznają wymienione schorzenia za jedynie niepełnosprawności powstałe przed okresem zatrudnienia i orzekają zdolność do pracy. A przecież pracę osoby z lekkim upośledzeniem umysłowym, głuchej czy niewidomej w zakładzie pracy chronionej – nie można uznać za tożsamą z zatrudnieniem na wolnym rynku pracy.

Opisane powyżej stanowisko biegłych laryngologów czy okulistów – niejako „utrudnia” pracę biegłego psychiatry i ostateczne orzeczenie. Ten stwierdzając u pacjenta lekkie upośledzenie umysłowe (dla którego możliwe jest orzeczenie tylko częściowej niezdolności do pracy) musi w opinii rozbudowywać uzasadnienie, w którym każdorazowo wyjaśnia swoje rozumienie ustępu 3 omawianego Rozporządzenia i przekonywać do przyjęcia, iż np. głuchota jest znacznego stopnia kalectwem – prowadzącym wraz z lekkim upośledzeniem umysłowym do bardzo poważnego upośledzenia

sprawności organizmu. Wykorzystując tego rodzaju automatyczne „sumowanie” znaczenia orzeczniczego schorzeń powinno już na poziomie ZUS prowadzić do automatycznego orzeczenia przynajmniej całkowitej niezdolności do pracy.

Autorzy są przekonani, iż konieczne jest ujednoczenie systemu orzeczniczego w tym zakresie – a wytyczną jest właśnie omawiane Rozporządzenie z 1989 roku. I tak lekkie upośledzenie umysłowe winno być za każdym razem automatyczną przesłanką do orzeczenia częściowej niezdolności do pracy – od dzieciństwa, choćby orzeczenie to nie skutkowało przyznaniem świadczeń rentowych.

Ze względu na charakter schorzenia jakim są upośledzenia umysłowe (przewlekłe, nieuleczalne, przetrwałe i nieodwracalne) orzekana niezdolność do pracy (częściowa dla lekkiego upośledzenia, czy całkowita – dla umiarkowanego upośledzenia) musi być (powinna być) uznana za trwałą. Rozpoznanie upośledzenia umysłowego jest właśnie tą grupą schorzeń, dla której możliwe jest orzeczenie niezdolności do pracy na stałe. Oczywiście uwaga ta dotyczy deficytów intelektualnych potwierdzanych licznymi wcześniejszymi badaniami psychologicznymi.

Praktyka orzecznicza pokazuje jednak, iż w bardzo licznych przypadkach niedługo przed podjęciem starań o odpowiednie świadczenia emerytalne (alternatywnie – również o świadczenia renty socjalnej) dochodzi do dalszej „psychodegradacji”. I tak u osoby, u której przez całe lata deficyt intelektualny utrzymywał się na poziomie jedynie pogranicza upośledzenia lub też lekkiego upośledzenia, nagle dochodzi do „pogorszenia” i wyniki badań psychologicznych zaczynają wykazywać umiarkowane upośledzenie umysłowe. Należy dodać, iż w okresie przed „pogorszeniem” nie miało miejsce ani przebycie poważnego urazu głowy, zatrucia czadem, zapalenia opon mózgowych czy mózgu, itp., co oznacza, iż pacjent nie był poddany działaniu żadnych czynników, które mogłyby być odpowiedzialne za ujawnienie się głębszego niż wcześniej deficytu intelektualnego. Autorzy podchodzą niezmiernie sceptycznie do tego rodzaju „bezprzyczynowej” psychodegradacji i zwykle odrzucają prawdziwość ich wyników. Praktyka kliniczna pokazuje, iż deficyt intelektualny u osób z upośledzeniem umysłowym wywodzącym się od dzieciństwa ma zwykle stabilny charakter i zwykle (przez długie dekady) nie ulega pogłębianiu. Różnice między kolejnymi badaniami mogą różnić się zwykle o kilka punktów. Stąd też nieprawdopodobnym i niewiarygodnym – z medycznego punktu widzenia – jest nagła, wynosząca

10-15-20 punktów degradacja, która ujawnia się niedługo przed sporządzeniem druku rentowego.

Problem orzecznicy pojawiają się jednak w sytuacji, gdy również psycholog ZUS lub biegły psycholog – potwierdzą wystąpienie takiej „psychodegradacji”. Psychiatria jest dziedziną, która sama nie dysponuje aparatem narzędziowym umożliwiającym dokonywanie dokładnej oceny sprawności intelektualnej pacjenta, ergo oceny głębokości ewentualnych deficytów intelektualnych. W tym przypadku psychiatra musi posiłkować się badaniem psychologa. Jeżeli więc nie znajdzie się nowych danych czy przesłanek – nie sposób jest lekarzowi psychiatrze zakwestionować wyniku badania np. biegłego psychologa i wnosić o poddanie pacjenta ponownemu badaniu innego psychologa. Jedynym rozsądnym wyjściem z takiej sytuacji jest zawnioskowanie, aby odpowiednie orzeczenie zostało przyjęte nie na stałe, lecz na czas określony, np. 1-1,5 roku (ze względu na efekty uczenia się – nie zaleca się zbyt częstego wykonywania badań poziomu sprawności intelektualnej). Po upływie tego okresu pacjent powinien być poddany kolejnemu badaniu psychologicznemu, które by zweryfikowało realny poziom jego sprawności intelektualnej. W przypadku potwierdzenia istnienia umiarkowanego upośledzenia umysłowego – określone orzeczenie powinno być przyjęte na stałe.

Niekiedy zdarza się, iż jednorazowe badanie wykonane przez psychologa nie zajmującego się dotychczas pacjentem „wypada” lepiej lub znacząco lepiej niż badanie wykonane tym samym narzędziem przez psychologa w taki czy inny sposób współpracującego z lekarzem prowadzącym.

Niekiedy – psycholodzy wykonujący badania sprawności intelektualnej – zdają się nadinterpretować wyniki swoich badań – wykazując dalszą degradację intelektualną i nie biorąc pod uwagę np. słabej (chęci) współpracy pacjenta przy wykonywaniu zadań testowych, czy zaburzeń funkcjonalnych – mogących wpływać na jakość wykonywania zadań (zaburzenia afektywne vel nastroju, objawy dysforyczne, zespoły lękowe). Tym samym ewentualne „pogorszenie” intelektualne nie musi mieć trwałego charakteru; poprawa wiąże się z kolei np. z farmakologicznym opanowaniem psychiatrycznych zaburzeń czynnościowych. Wyniki badań sprawności intelektualnej przeprowadzanych u tego rodzaju pacjentów mają na przestrzeni lat linii krzywej zębatej o skokach (pogorszenie-poprawa-pogorszenie) przekraczającą niekiedy 10 punktów tzw. ilorazu inteligencji.

Mimo, iż psychiatra zwyczajowo nie jest dostatecznie przeszkolony w zakresie wykonywania badań psychologicznych (w tym również badania

sprawności intelektualnej) – analiza dokumentacji psychologicznej pozwalała niekiedy na zidentyfikowanie rażących błędów interpretacyjnych. I tak pacjent z „obustronnym bardzo znacznym upośledzeniem słuchu typu ucha wewnętrznego” został poddany badaniu psychologicznemu. W podskali bezsłownej (czynnościowej vel wykonawczej) pacjent uzyskał 106 punktów – co odpowiada inteligencji przeciętnej (norma – w górnym zakresie tego przedziału); z kolei w skali słownej – pacjentowi udało się osiągnąć „jedynie” 70 punktów (dolna granica pogranicza upośledzenia umysłowego; psycholog przyjął tu nawet lekkie upośledzenie umysłowe). Tego rodzaju wynik jest w pełni zrozumiały: pacjent ze słabym słuchem oczywiście będzie źle rozwiązywał zadania (testy) wymagające posługiwania się mową (rozumieniem mowy i mówieniem). Toteż psycholog powinien uznać wyniki w podskali słownej za niediagnostyczne i ze względu na wynik podskali bezsłownej uznać sprawność intelektualną pacjenta jako pozostającą w normie. Tymczasem psycholog uwzględnił bezkrytycznie wyniki podskali słownej w wyniku całościowym badania – wykazując wynik całkowity 78 punktów (pogranicze upośledzenia umysłowego), który jest całkowicie nieadekwatny do realnego poziomu sprawności intelektualnej badanego pacjenta.

Równie absurdalną byłaby sytuacja, w której to w pełni sprawny intelektualnie pacjent z zaburzeniami ruchowymi w obrębie rąk (niedowłady, choroba Parkinsona, apraksje) byłby poddany podobnemu badaniu inteligencji. Ze względu na wspomniane zaburzenia motoryki dłoni/rąk – pacjent taki słabo lub wadliwie rozwiązywałby zadania w podskali bezsłownej (układanie klocków, wycinanki, segregowanie wyrazów, itp.). Wyniki tej podskali również należałoby traktować jako niediagnostyczne i nieuwzględniać w wyniku całościowym badania.

Wadliwie wykonane lub zinterpretowane badania psychologiczne nie odbiegają „jakością” od oceny sprawności intelektualnej dokonywanej przez lekarza prowadzącego metodą orientacyjną, tj. „na oko”. Lekarz psychiatra w poradni czy na oddziale – może przyjmować na własny użytek istnienie u pacjenta deficytu intelektualnego o dowolnej głębokości. Sporządzenie druku rentowego – a więc wniosku o przyznanie pacjentowi określonych świadczeń w związku z istnieniem u pacjenta schorzeń (tu: upośledzenia) o określonym nasileniu czy głębokości – wymaga poddania pacjenta odpowiednim badaniom diagnostycznym. Tymczasem niejednokrotnie zdarza się, że zaświadczenie o stanie zdrowia zawiera rozpoznanie umiarkowanego upośledzenia umysłowego – podczas gdy dokumentacja

lekarska czy jakakolwiek inna (ze szkoły, z poradni wychowawczo-zawodowej, z wojska) nie zawiera żadnych danych o realnym poziomie sprawności intelektualnej u tego pacjenta. Samo chodzenie do szkoły specjalnej nie jest potwierdzeniem istnienia deficytu intelektualnego o takiej głębokości. Bardzo często do szkoły specjalnej trafiają uczniowie jedynie z pograniczem upośledzenia, a nawet z inteligencją poniżej normy i wywodzący się ze środowisk domowych – nie potrafiących pomóc w nauce w szkole zwykłej w warunkach obniżonych wymagań programowych (zaniedbania środowiskowe).

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na wadliwą praktykę organu ZUS, która polegała na tym, iż to urzędnik dokonywał oceny druku rentowego. W sytuacji, kiedy nie stwierdzał w zaświadczeniu o stanie zdrowia rozpoznań literalnie wymienionych w tekście Rozporządzenia – nie kierował pacjenta na badanie lekarza ZUS, lecz automatycznie wydawał odmowną decyzję. Nieraz zdarzało się jednak, iż druk rentowy zawierał rozpoznania, które właśnie mogły być przyjęte jako orzecznictwo ważne przez punkt 4 ustępu 3 (inne choroby upośledzające w bardzo poważny sposób sprawność organizmu). Niekiedy to ocena lekarza pozwala uznać, iż 2-3 schorzenia o mniejszym samodzielnym znaczeniu orzecznictwem – łącznie czynią pacjenta całkowicie niezdolnym do zatrudnienia.

Inną sytuacją prowadzącą do negatywnego potraktowania przez urzędników ZUS wniosku rentowego jest wypełnianie go np. przez lekarza ogólnego czy domowego, który np. opuścił określenie umiarkowany (być może według niego za „słabe” do otrzymania określonych świadczeń), mimo jego pełnego potwierdzenia w dokumentacji neurologicznej czy psychiatrycznej. Wadliwe wydaje się być nie skierowanie pacjenta do psychologa ZUS – co powoduje znaczące wydłużenie się procedury i podrożenie jej kosztów – w sytuacji odwołania do Sądu Pracy.

Całkowicie niezrozumiałą jawi się natomiast sytuacja, w której to lekarz ZUS zaniża głębokość upośledzenia z umiarkowanego na lekkie – nie kierując pacjenta do psychologa ZUS i odrzucając dane anamnestyczne (np. o ukończeniu przez pacjenta nawet nie szkoły specjalnej, co szkoły życia, czy liczne wcześniejsze badania psychologiczne z rejonu potwierdzające istnienie upośledzenia w stopniu umiarkowanym).

W praktyce napotyka się na jeszcze pewną trudność orzecznictwem polegającą na niejasnej granicy właśnie między upośledzeniem w stopniu lekkim a umiarkowanym. I tak obowiązująca powszechnie

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 określa granicę między oboma poziomami upośledzenia na poziomie 49-50 punktu tzw. ilorazu inteligencji. Kryteria wewnętrzne testu Wechslera nieco inaczej niż ICD-10 wyznaczają granicę właśnie między lekkim a umiarkowanym upośledzeniem – bo na poziomie 54-55 punktu. Z powyższego wynika, iż pacjent którego sprawność intelektualna wynosi np. 53 punkty ilorazu inteligencji – według ICD-10 powinien być zaliczony do osób upośledzonych w stopniu lekkim, podczas gdy zgodnie w normami testu Wechslera osiągnął już poziom umiarkowanego upośledzenia. Sytuacja taka jawi się jako wewnętrznie sprzeczna, jako że test Wechslera jest najczęściej stosowanym narzędziem określania poziomu sprawności intelektualnej.

Wydaje się jednak, iż tego rodzaju wątpliwości diagnostyczno-orzecznictwem powinny być interpretowane na korzyść pacjenta (chyba że sam psycholog z rejonu wykonujący badanie testem Wechslera – rozpoznaje jedynie lekkie upośledzenie), tzn. u osób z ilorazem inteligencji na poziomie 54-50 punktów może być fakultatywnie rozpoznawane upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym.

Podobne „zaokrąglenie” można zaproponować do stosowania również w przypadku osób z deficytem inteligencji na poziomie „niskiego” pogranicza upośledzenia (wartości 73-70 punktów II). Zazwyczaj są to osoby które uczęszczały do szkół (podstawowej i ewentualnie zawodowej) typu specjalnego i funkcjonalnie były traktowane jako osoby upośledzone umysłowo – stąd też możliwe jest warunkowe zaliczanie ich do osób z lekkim upośledzeniem umysłowym.

Tab. 3. Granice poszczególnych poziomów upośledzenia umysłowego według 10 rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) i według wewnętrznych norm testu Wechslera

upośledzenie umysłowe	iloraz inteligencji wg testu Wechslera	iloraz inteligencji wg ICD-10
lekkie	55-69	50-69
umiarkowane	40-54	35-49
znaczne	25-39	20-34
głębokie	0-24	<20

Należy zwrócić uwagę, iż ustawodawca odwołuje się do wartości całkowitej testu Wechslera. Istniejące ewentualne dysproporcje między wynikami

w podskali słownej i podskali czynnościowej – raczej nie mają większego znaczenia orzeczniczego. Skądinąd jednak pacjenci z wyższą punktacją w podskali słownej – dzięki większej łatwości w wypowiedaniu się – niewątpliwie prezentują się „lepiej” w trakcie badania sądowego (= sprawniej, niejako z mniejszym deficytem niż to wynikałoby z wyniku globalnego testu). Z drugiej jednak strony – wobec faktu posiadania deficytu intelektualnego – to właściwie umiejętności mierzone podskalą wykonawczą zdają się mieć większy wpływ na możliwość wykonywania zatrudnienia i ewentualne ograniczenia w tym zakresie.

Niewątpliwie również pewne elementy charakterologiczne dodatkowo wpływające na autoprezentację pacjenta. I tak niekiedy osoby z większym deficytem intelektualnym i równocześnie z pewną otwartością, ekstrawertyczni, żywsi emocjonalnie – prezentują się lepiej (sprawiają wrażenie bardziej sprawnych umysłowo, wykazują lepsze przystosowanie społeczne, łatwiej znajdują zatrudnienie, podejmują różne role społeczne, zakładają rodzinę) niż osoby z mniejszym deficytem, lecz wycofujący się z kontaktów, nieśmiali, itp.

Należy pamiętać, iż np. zaburzenia mówienia (jak nasilone jękanie) sprawiają niekiedy wrażenie, iż deficyt intelektualny u pacjenta jest większy niż to wynika z badań psychologicznych.

Objawy otępienne mogą być imitowane lub też nasilane przez zaburzenia depresyjne, a niekiedy i psychotyczne.

Konstrukcja testów psychologicznych – w tym również np. testu Wechslera – implikuje sytuację, której wynik końcowy powinien być formułowany przedziałowo, tj. od wartości maksymalnej do minimalnej, lub też wynik testu plus/minus odchylenie standardowe lub przedział ufności. Takie rozwiązanie proponuje w swej pracy Olga Bąk [1]. I tak wynik 65 punktów ilorazu inteligencji powinien być wyrażony jako 65 ± 9 punktów (zakres 56-74). Niestety dla celów orzecznich rozpoznanie kliniczne, tu: głębokość upośledzenia umysłowego lub otępienia – musi być jednak nadal formułowane punktowo (65 punktów).

OTĘPIENIA

Mimo, iż wspomniane Rozporządzenie przestało działać, tzn. rodzice opiekującymi się dziećmi specjalnej troski nie mogą skorzystać już z dobrodziejstwa ustawy i przejść na wcześniejszą emeryturę (poza określonymi powyżej wyjątkami) – nie wynika z tego, iż wytyczne orzecznicze znajdujące się w tym Rozporządzeniu straciły swoje znaczenie. Zaprezentowane powyżej wytyczne z powodzeniem

znajdują zastosowanie w orzekaniu w zakresie renty socjalnej oraz rodzinnej, jak również w rentach pracowniczych – kiedy np. do istniejącej od dzieciństwa niskiej sprawności intelektualnej dołączają się inne czynnościowe zaburzenia psychiczne – powstałe w okresie zatrudnienia. Orzekać można wówczas o tzw. znaczącym pogorszeniu w ramach wcześniej istniejącej częściowej (nowa częściowa niezdolność do pracy) lub też głębiej – do poziomu całkowitej niezdolności do pracy.

W obszarze pewnego sporu orzeczniczego leży wyjaśnienie czy znaczące pogorszenie w ramach wcześniej (np. od dzieciństwa) istniejącej całkowitej niezdolności do pracy może być tylko nową częściową niezdolnością do pracy. Wydaje się, iż spór ten wymaga odpowiedniej interpretacji sądowej i/lub wykładni ustawowej.

Ponieważ omówione powyżej Rozporządzenie dotyczy schorzeń powstałych u dziecka do 18 roku życia – możliwe jest więc, iż deficyt intelektualny pochodzi u nich nie z okresu wczesnego dzieciństwa (np. powstał w wyniku urazu okołoporodowego), lecz ujawnił się np. w 15-17 roku życia – w wyniku doznanego poważnego urazu głowy w trakcie wypadku komunikacyjnego, na skutek przebycia zapalenia opon mózgowych lub mózgu, z powodu zatrucia czadem, itp.

Kontynuując ten tok rozumowania wydaje się, iż litera (a właściwie już tylko duch) powyższego Rozporządzenia może być stosowana również w przypadkach, kiedy określony deficyt intelektualny ujawnił się już w wieku dorosłym. Pewnym orzeczniczym „ale” jest tu wyjściowy możliwy/potencjalny poziom sprawności intelektualnej opiniowanej osoby.

I tak – jeżeli po urazie głowy u pacjenta stwierdza się np. 84 punkty II (a więc inteligencję poniżej normy) to dla osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym stwierdzany deficyt nie będzie miał raczej znaczenia orzeczniczego. Trudno sobie bowiem wyobrazić, aby wyjściowy poziom sprawności intelektualnej miał być u tej osoby znacząco wyższy. Taki sam powypadkowy poziom sprawności intelektualnej u osoby po wyższych studiach z lub bez wyższych tytułów akademickich odpowiada zwykle znacznej psychodegradacji o znaczeniu orzeczniczym.

W przypadku zdiagnozowania u osób dorosłych deficytu intelektualnego – ważne jest określenie daty powstania tego deficytu i stwierdzenie, czy ma się do czynienia z deficytem wywodzącym się z okresu dzieciństwa (należy wówczas mówić o niedorozwoju umysłowym), czy też deficycie wywodzącym się z okresu późniejszego (co pozwala na stawianie rozpoznania zaburzeń otępiennych). I tak przykładem może być osoba, u której badanie psychologiczne

wykazało istnienie znacznego deficytu intelektualnego na poziomie aż umiarkowanego upośledzenia. Tego rodzaju deficyt stanowi przesłankę do orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy. Opiniowany nie otrzymał jednak odpowiednich świadczeń renty pracowniczej – gdyż organ ZUS wykazał, iż do degradacji intelektualnej doszło w skutek choroby alkoholowej w ostatnim okresie. Dla przyjętej daty powstania niezdolności do pracy opiniowany nie spełniał warunku 5-letniego okresu zatrudnienia oraz przekroczył ustawowy okres 18 miesięcy od ustania zatrudnienia/ubezpieczenia, a organ ZUS odmówił przyznania badanemu prawa do renty pracowniczej. Opiniowany złożył wówczas wniosek o otrzymanie świadczeń renty socjalnej – powołując się na słabe oceny w szkole podstawowej. Ten argument okazał się być jednak niewystarczający do wywiedzenia, iż diagnozowany obecnie deficyt na poziomie całkowitej niezdolności do pracy wywodził się już z okresu dzieciństwa.

Należy zwrócić uwagę, iż istnieją pewne ograniczenia w stosowaniu testu Wechslera. Mimo, iż jest przeznaczony dla osób w wieku od 16 do 74 lat i 11 miesięcy, istniejące w Polsce normy zostały opracowane jedynie dla grupy wiekowej do 54 lat. Tym samym wyniki dla osób w wieku 55-74:11 nie są standaryzowane (z pozyskanych ostatnio informacji wynika jednak, iż dokonano już standaryzacji Wechslera tej grupy wiekowej). Dla dzieci poniżej 16 roku życia opracowano oddzielną wersję testu (WISC-C).

Oprócz wymienionego powyżej ograniczeń testu Wechslera – psychologowie stoją na stanowisku, iż test ten nie jest najlepszym narzędziem do badania

otępienia w wieku podeszłym. Proponowane są takie narzędzia jak: Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE – Mini Mental State Examination), Test Rysowania Zegara (CDT – Clock Drawing Test), Skala Deterioracji Ogólnej (CGS – Global Deterioration Scale), i inne.

Najbardziej rozpowszechnionym – również w praktyce klinicznej zdaje się być test MMSE [5, 7]. Wartości liczbowe testu interpretowane są następująco: 30-27 = wynik prawidłowy, 26-24 = zaburzenia poznawcze bez otępienia, 23-19 = otępienie lekkiego stopnia, 18-11 = otępienie średniego stopnia, i 10-0 = otępienie głębokie. Trzy ostatnie zakresy otępienia zdają się odpowiadać tzw. szóstemu znakowi z klasyfikacji ICD-10 dla rozpoznania otępienia: łagodne (.xx0), umiarkowane (.xx1), i ciężkie (.xx2).

Doświadczenie orzecznicze pokazuje, iż test MMSE ma jedynie charakter przesiewowy, a jego wyniki mają wartość jedynie orientacyjną. Ze względu na znacznie mniejszy stopień skomplikowania tego testu (w porównaniu z testem Wechslera) – jego wyniki zdają się być obarczone większym błędem i mniejszą precyzją. Niejednokrotnie wyniki testu wykonanego przez lekarza wydają się być dalece zaniżone – względem realnej sprawności funkcji poznawczych w trakcie badania sądowego. I ta łagodne obniżenie funkcji poznawczych byłby według skali MMSE przesłanką do orzeczenia częściowej niezdolności do zatrudnienia. Tymczasem poziom łagodnych zaburzeń poznawczych odpowiada jedynie inteligencji poniżej normy lub też pograniczu upośledzenia według testów badających poziom inteligencji, a deficyt ten nie jest uznawany za odpowiadający choćby częściowej niezdolności do pracy.

Tab. 4. Wytyczne orzecznicze w przypadku otępienia o określonym nasileniu (w nawiasach podano alternatywne wartości graniczne testu MMSE dla określonych kryteriów otępienia).

wartość testu MMSE	kategorie otępienia wg MMSE	nasilenie otępienia wg ICD-10	
27-30 (24-30)	wynik prawidłowy		→ brak orzeczniczego znaczenia
24-26	zaburzenia poznawcze bez otępienia	(łagodne zaburzenia funkcji poznawczych bez otępienia)	→ częściowa niezdolność do pracy
19-23 (20-23)	otępienie lekkiego stopnia	otępienie łagodne	→ całkowita niezdolność do pracy
11-18 (10-19)	otępienie średniego stopnia	otępienie umiarkowane	} całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji
0-10 (1-10) (0)	otępienie głębokie (otępienie ciężkie) (otępienie głębokie)	otępienie ciężkie	

Z opisów diagnostycznych zawartych w ICD-10 wynika, iż dopiero umiarkowane otępienie jest przesłanką do uznania pacjenta niezdolnym do samodzielnej egzystencji. Wydaje się jednak, iż dla celów orzeczniczych wiele cennych informacji dostarcza zebrany wywiad – o ogólnym funkcjonowaniu pacjenta, wykonywanych przez niego czynnościach domowych i aktywnościach dnia codziennego.

Niekiedy sama badana osoba zapodaje o wykonywaniu licznych czynności – nie pozwalających na orzeczenie u niego niezdolności do samodzielnej egzystencji. Przeprowadzone badanie pozwala na dokonanie oceny, czy u osoby starającej się o dodatek pielęgnacyjny (np. będącej już na emeryturze, a jeszcze nie mającej ukończonych 75 lat) występuje takie ograniczenie ogólnej sprawności ustroju, które w znacznym stopniu uniemożliwia zaspakajanie podstawowych potrzeb życiowych. Uwagę należy zwrócić na ewentualne utrudnienia w zakresie samoobsługi, poruszania się, komunikacji i komunikowania się. Kryteriami w zakresie oceny zdolności do samodzielnej egzystencji jest możliwość samodzielnego poruszania się w mieszkaniu, przyjmowania pokarmów, utrzymywania higieny osobistej, załatwianie potrzeb fizjologicznych. Konieczność przypominania pacjentowi o zażywaniu leków czy też pomoc przy wypełnianiu PIT-ów (z wypowiedzi samych pacjentów) nie wydają się być wystarczającymi kryteriami orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Oczywiście odpowiednie kryteria orzecznicze mogą spełniać mniejsze deficyty intelektualne czy też głębokości otępienia – przy współobecności innych czynnościowych zaburzeń psychicznych jak również somatycznych, które występują często u pacjentów w podeszłym wieku.

Jeśli u pacjentów w podeszłym wieku problem otępienia nie powinien budzić wątpliwości – oczywiście poza oceną jego głębokości – to podniesienie rozpoznania zespołu psychoorganicznego u pacjentów w wieku 30-50 lat obowiązkowo musi być weryfikowane badaniem psychologicznym – zasadniczo testem Wechslera. Wyniki w tzw. testach organicznych (test Benton, Test Bender, test Graham-Kendal) mają znaczenie bardziej kliniczne niż orzecznicze. Na podstawie wyników tych testów można potwierdzić co najwyżej organiczne podłoże stwierdzanych zaburzeń czynnościowych, a nie udowodnić istnienie mającego znaczenie orzecznicze zespołu otępiennego (dementyjnego), czy charakteropatycznego. Z medyczo-orzeczniczego punktu widzenia oczekuje się, aby wynik badania psychologicznego zawierał nie tylko informacje ile to

i jakich błędów popełnił pacjent w danym teście (informacja mało zrozumiała i przydatna dla lekarza), ale również – lub przede wszystkim – informację o tym, czy wynik końcowy testu mieści się w obszarze normy, na pograniczu normy i patologii, czy też odpowiada już obszarowi patologii. Absolutnie nie można zgodzić się z dość powszechnie występującą praktyką polegającą na rozpoznaniu w „rejonie” zespołu psychoorganicznego na podstawie wyniku na pograniczu normy i patologii w jednym lub dwóch testach organicznych. Jeszcze bardziej pokrętnie brzmią niektóre wyniki badań psychologicznych, w których psycholog z jednej strony stwierdza, iż wyniki testów organicznych wypadły w normie, ale z drugiej strony wywodzi, iż nie wykluczone jest istnienie u pacjenta „organiki”.

Stwierdzanie otępienia u osób niemających podeszłego wieku – metodami orientacyjnymi (żeby nie powiedzieć „na oko”) jawi się w dzisiejszych czasach jako wadliwość dokumentacji medycznej – co zostało już wcześniej podkreślone. Niestety tego rodzaju diagnostyka stwierdzana jest dość często w dokumentacji lekarskiej.

PIŚMIENNICTWO

1. Bąk O.: Kilka uwag o Skali inteligencji Wechslera w kontekście diagnozowania upośledzenia umysłowego u dorosłych. *Psychiatria Polska* 2001, 4, 635-646.
2. Bilikiewicz A., Parnowski T., Liberski P. P. Bartosiewicz J.: Choroby układu nerwowego przebiegające z otępieniem. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria*. T. 2. Urban & Partner, Wrocław 2002, 43-99.
3. Borkowska A.: Ocena neuropsychologiczna. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria*. T. 1. Urban & Partner, Wrocław 2002, 539-550.
4. Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński J.: *Psychiatria*. T. 2. PZWL. Warszawa 1988.
5. Farber J. F., Schmitt F. A., Logue P. E.: Predicting intellectual level from the Mini-Mental State Examination. *Am. Geriatr. Soc.* 1988, 36(6), 509-510.
6. Flynn J. R.: Wechsler Intelligence Tests: do we really have a criterion of mental retardation? *Am. J. Ment. Defic.* 1985, 90(3), 236-244.
7. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R.: „Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 1975, 12(3), 189-98.
8. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, IPiN. Kraków-Warszawa 1998.

9. Komender J.: Upośledzenie umysłowe. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria*. T. 2. Urban & Partner, Wrocław 2002, 617-644.

10. Konopka-Minc S.: Neuropsychologiczna ocena zespołów otępiennych. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria*. T. 1. Urban & Partner, Wrocław 2002, 551-557.

11. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 maja 1989 roku w sprawie uprawnień do wcześniejszej emerytury pracowników opiekujących się dziećmi wymagającymi stałej opieki (Dz.U. nr 28, póź. 149 z późniejszymi zmianami).

12. Strydom A., Hassiotis A., Walker Z.: Magnetic resonance imaging in people with Down's syndrome and Alzheimer's disease. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2004, 48(8), 769-770.

13. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych (Dz.U. nr 162, póź. 1118 z późniejszymi zmianami).

14. Wald I.: Upośledzenie umysłowe: W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński J.: *Psychiatria*. T. 1. PZWL. Warszawa 1987, 428-454.

15. Wechsler D.: Equivalent test and mental ages for WISC. *J. Consult. Psychol.* 1951, 15(5), 381-384.

16. Zyss T.: *Orzecznictwo rentowe z szczególnym uwzględnieniem psychiatrii*. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne. Kraków, 2006.

Adres pierwszego autora:

Klinika Psychiatrii Dorosłych Collegium Medium UJ

ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków

e-mail: mzyss@cyf-kr.edu.pl