

Christian Jabłoński, Czesław Chowaniec, Mariusz Kobek, Dorota Kowalczyk-Jabłońska*

Trudności opiniodawcze w ocenie pourazowych zaburzeń neuropsychiatrycznych dla potrzeb postępowania karnego i cywilno-odszkodowawczego

Problems in medical certification of posttraumatic neuropsychiatric disorders for the purpose of criminal and civil law proceedings

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Zofia Olszowy

* Z NZOZ „Integritas” S.C. Poradnia Chorób Nerwowych i Psychiczych w Oświęcimiu

Na przestrzeni ostatnich kilku lat, w materiale aktowym Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej ŚAM w Katowicach, zaobserwowano znaczący wzrost liczby spraw dotyczących (wyłącznie lub w łączności ze schorzeniami pourazowymi) zaburzeń czynności ośrodkowego układu nerwowego. W znacznym odsetku były one związane przyczynowo z wcześniej doznany urazem głowy. Coraz częściej pojawiają się także pytania, co do istnienia związku obserwowanych zaburzeń i dolegliwości neuropsychiatrycznych z narażeniem na ponadnormatywny czynnik stresowy. W pracy zwrócono uwagę na trudności w ocenie zgłaszanych przez poszkodowanych skarg i dolegliwości oraz na możliwości ich obiektywizacji badaniem psychiatryczno-psychologicznym, a także zastosowaniu w orzecznictwie sądowo-lekarskim znowelizowanego, obowiązującego (zgodnego z ICD 10) nazewnictwa czynnościowych zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego.

In the past several years, in the material of Forensic Medicine Department, Medical University of Silesia in Katowice, a significant increase has been noted in the number of cases associated with CNS dysfunctions, either as isolated conditions or in association with posttraumatic disorders. In the majority of cases, such dysfunctions were causally related to a head trauma. The Faculty of the Department are also requested with an increasing frequency to estimate the association between the observed neuro-psychiatric abnormalities and complaints and the undue exposure to a stress factor. In the present publication, the authors have emphasized

difficulties in assessing the complaints reported by the claimants and the possibilities of objectivization of such complaints by neuro-psychiatric examinations. They also stress problems in application of obligatory ICD 10 terms denoting dysfunctions of the central nervous system in medico-legal opinions.

Słowa kluczowe: PTSD, ASD, opinia sądowo-lekarska, uraz czaszkowo-mózgowy, zespół pourazowy
Key words: PTSD, ASD, medico-legal opinion, head injury, posttraumatic syndrome

W materiale aktowym kierowanym w ostatnim okresie czasu przez sądy wydziałów cywilnych oraz towarzystw ubezpieczeniowych, a także biur brokerskich zajmujących się reprezentowaniem poszkodowanych w sporach z ubezpieczycielami, zaobserwowano pojawiające się coraz częściej pytania o związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zdarzeniem niosącym uraz fizyczny lub psychiczny, a stanem zdrowia neuropsychiatrycznym. Przez stan taki rozumieć należy szeroko pojęte zaburzenia prawidłowej czynności ośrodkowego układu nerwowego o trudnej (lub nawet niemożliwej obecnie) identyfikacji podłoża morfologicznego [1, 2].

W ocenianych przez nas przypadkach zazwyczaj mieliśmy do czynienia z urazami głowy połączonymi z urazem mózgu w stopniu wstrząśnienia o różnym stopniu ciężkości (uraz czaszkowo-mózgowy) doznanych w czasie wypadku drogowego (najczęściej kolizji dwóch pojazdów). Zdarzały się jednak także

takie sytuacje drogowe, w których poszkodowani nie doznali żadnego urazu obszaru mózgowczonej, a występowały u nich objawy ogólnie pojmowanych zaburzeń adaptacyjnych.

W każdym przypadku dysponowaliśmy materiałem aktowym o zróżnicowanej obszerności, a także przeprowadzaliśmy badanie sądowo-lekarskie ubezpieczonego – w razie konieczności z udziałem lekarzy specjalistów z dyscyplin klinicznych (neurologa i psychiatry). W niektórych przypadkach zasadne było poszerzenie diagnostyki o wykonanie obiektywnych badań dodatkowych – możliwie obiektywizujących stan ośrodkowego układu nerwowego. Podczas analizy okazanej przez zleceniodawcę dokumentacji lekarskiej zwróciliśmy uwagę na „łatwość” w łączeniu odczuwanych przez poszkodowanych dolegliwości z przebyłym wypadkiem – przez lekarzy prowadzących terapię powypadkową – często bez przeprowadzenia stosownych badań, nie uwzględnieniu wszystkich kryteriów rozpoznawczych, każdorazowej analizy rozległości i nasilenia urazowości samego zdarzenia oraz wykluczenia innych możliwych schorzeń wpływających na przebieg zachorowania powypadkowego – nie związanych z czynnikiem urazowym. Widoczne było także zamienne używanie starej nomenklatury psychiatrycznej (np. nerwica pourazowa itp.) z klasyfikacją ICD-10 lub DSM-IV oraz zawartymi w nich kryteriami diagnostycznymi, a także incydentalnie wymieszanie tych pojęć.

W grupie poszkodowanych z udokumentowanym urazem głowy i następowym wstrząśnieniem mózgu (przy zachowanej ciągłości leczenia szpitalnego) wnioskowanie nie nastroczało większych trudności opiniodawczych. Przy braku informacji odnośnie wcześniejszych schorzeń tego rodzaju należało uznać związek odczuwanych dolegliwości o charakterze cerebrastenii pourazowej, zespołu powstrząśnieniowego, zespołu pourazowego itp. – które traktować można jako synonimy – ze zdarzeniem drogowym. Z naszych doświadczeń wynika, że ich nasilenie było niezbyt duże, a możliwy tabelarycznie do określenia zakres procentowego uszczerbku na zdrowiu (wg oceny procentowego stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18.12.2002 roku, Dz.U. Nr 234, poz. 1974) był wystarczający do odzwierciedlenia stopnia dysfunkcji narządowej [9].

W grupie przebytych urazów czaszkowo-mózgowych zdecydowanie większy problem orzecznicy stwarzały przypadki, w których rozpoznawano podłoże organiczne odczuwanych dolegliwości (bez uchwytanych badaniami obrazowymi zmian w mózgu). W sytuacjach tych posiłkowaliśmy się

(w miarę możliwości) kontrolnymi badaniami TK lub NMR mózgu, a także badaniami psychologicznymi (czasami kilkakrotnie) z uwzględnieniem testów w kierunku zmian organicznych. Dopiero na tej podstawie, po wstępnym zebraniu szczegółowego wywiadu oraz przeprowadzeniu badania neurologicznego i psychiatrycznego wydawaliśmy ostateczną opinię.

Osobną grupę stanowiły osoby, które w czasie wypadku nie doznały urazu głowy i czaszkowo-mózgowego, czy też innych obrażeń narządowych, lecz zdarzenie, w którym uczestniczyły nosiło w sobie znaczny czynnik traumatyczny. Opiniując tego rodzaju sprawy szczególną uwagę zwracaliśmy na możliwie obiektywną ocenę samego zdarzenia pod kątem ponadnormatywnej traumy (dane aktowe i wywiad), ocenę osobowości poszkodowanego, funkcjonowanie po zdarzeniu i w chwili badania, a także wypełnienie kryteriów rozpoznawczych zespołów adaptacyjnych – pourazowych (ASD – ostre zaburzenia stresowe i PTSD – zespół stresu pourazowego) [3, 4, 5, 6, 7, 8, 10].

Podobny tok postępowania stosowaliśmy w rzadkich przypadkach oceny następstw „czynnościowych” zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego dla potrzeb opiniowania karnistycznego – tj. określenia czy mieliśmy do czynienia z ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu lub naruszeniem czynności narządu ciała i rozstrojem zdrowia zawartymi w artykule 156 i 157 k.k.

Odpowiadając na pytania zleceniodawców nie sposób nie zauważyć, że ministerialna tabela służąca do oceny stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu (w punkcie dotyczącym zaburzeń adaptacyjnych) nie przystaje do obowiązującej aktualnie wiedzy medycznej. W szczególności brakuje w niej punktu, na podstawie którego można by ocenić procentowy stopień dysfunkcji narządowej w przypadkach czystej „traumy psychicznej”, która doprowadza do wystąpienia zaburzeń neuropsychicznych o pośrednim stopniu natężenia. Ustawodawca w cytowanym rozporządzeniu określa bowiem możliwość wystąpienia uszczerbku na zdrowiu związanego z „czystą traumą psychiczną”, jednak tylko w sytuacji „wystąpienia psychozy w przebiegu ciężkiego stresu”.

Opierając się na obowiązującej obecnie nomenklaturze należy także zwrócić uwagę na użycie zbyt szerokiego pojęcia „zaburzenia adaptacyjne”, zamiast węższych, bardziej oddających etiopatogenezę rozpoznanych ASD i PTSD oraz wymieszanie nieobowiązującego aktualnie pojęcia „nerwica” z „zaburzeniami adaptacyjnymi”. Odnośnie następstw urazów czaszkowo-mózgowych bez trwałych zmian morfologicznych w ośrodkowym układzie nerwowym, to bardziej zasadne wydaje się uży-

wanie rozpoznania funkcjonującego w neurologii – cerebrastenia pourazowa lub zespół pourazowy – oddającego bardziej (podobnie jak ASD i PTSD) pochodzenie schorzenia [3, 6].

Wprowadzenie proponowanych powyżej zmian ułatwi wnioskowanie odnośnie następstw wypadkowych oraz umożliwi większą obiektywizację określenia procentowego uszczerbku na zdrowiu.

PIŚMIENICTWO

1. Bilikiewicz A., Pużyński St., Rybakowski J., Wciórka J.: *Psychiatria*, tom II, 466-483, Urban & Partner, Wrocław 2002.
2. Bilikiewicz T.: *Psychiatria kliniczna*, wyd. 3, PZWL, Warszawa 1996.
3. DSM – IV, American Psychiatric Association (4th ed.), Washington D.C. 1994.
4. Hall K. M. i wsp.: Family Stressor in Traumatic Brain Injury: A Two – Year Follow – Up. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 1994, vol. 75, 876.
5. Heitzman J.: Zespół pourazowego stresu – kryteria diagnostyczne, zastosowanie kliniczne i orzecznicze, *Psychiatr. Pol.* 1995, 29, 751-766.
6. ICD – 10, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, UWM „Vesalius” IpiN, Kraków – Warszawa 1997.
7. Morton M. V., Wehman P.: Psychological and emotional sequelae of individuals with brain injury: a literature review and recommendations. *Brain Injury*, 1995, 1995, vol. 9, 81.
8. Siwak-Kobayashi M.: Lęk w zaburzeniach nerwicowych: perspektywa kliniczna, *Post. Psychiat. Neur.* 1994, 33 533-6.
9. Ząbek M.: *Urazy czaszkowo-mózgowe*. PZWL, Warszawa 1993.
10. Zohar J., Amital D., Cropp H. D. et al.: Update on the epidemiology, diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder, *Dialogue in Clinical Neuroscience* 2000, 2, 37-42.

Adres pierwszego autora:
Katedra Medycyny Sądowej Śląskiej AM
40-752 Katowice
ul. Medyków 18
e-mail: christianjablonski@poczta.onet.pl