

**Christian Jabłoński<sup>1</sup>, Czesław Chowaniec<sup>1</sup>, Mariusz Kobek<sup>1</sup>, Dorota Kowalczyk-Jabłońska<sup>2</sup>**

## Możliwości różnicowania pourazowych schorzeń neuropsychiatrycznych dla opiniowania sądowo-lekarskiego

### Differentiation possibilities in posttraumatic neuropsychiatric disorders in medico-legal certification

<sup>1</sup> Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Z. Olszowy

<sup>2</sup> Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Integritas”, Poradnia Chorób Nerwowych w Oświęcimiu  
Kierownik: lek. med. T. Kowacki

Praca stanowi kontynuację referatu pod tytułem „Trudności opiniodawcze w ocenie pourazowych zaburzeń neuropsychiatrycznych dla potrzeb postępowania karnego i cywilno-odszkodowawczego” wygłoszonego na V Ogólnopolskim Sympozjum Naukowym Dni Orzecznictwa Lekarskiego w Poznaniu. Autorzy w nawiązaniu do zasygnalizowanego wtedy problemu przedstawiają uszczegółowione możliwości obiektywizacji podawanych przez pokrzywdzonych i poszkodowanych skarg i dolegliwości przy użyciu łatwo dostępnej diagnostyki psychiatryczno-psychologicznej.

This paper is a continuation of the previous work entitled „Difficulties in estimation of posttraumatic neuropsychiatric disorders for the purpose of criminal and civil law proceedings” presented during the 5<sup>th</sup> National Symposium “Days of Medical Certification”, Poznan 2005. Referring to the then mentioned problem, the authors present in a greater detail the possibilities of objectivization of claims using simple psychiatric and psychological diagnostic tools

Słowa kluczowe: PTSD, ASD, opinia sądowo-lekarska, uraz czaszkowo-mózgowy, zespół pourazowy

Key words: PTSD, ASD, medico-legal opinion, head injury, posttraumatic syndrome

Możliwość rozpoznania, wykazania łączności pomiędzy podawanymi przez poszkodowanych dolegliwościami, a przebyłym urazem oraz oceny ich stopnia nasilenia dolegliwości ma szczególne znaczenie w przypadku następstw pourazowych ośrodkowego układu nerwowego (tzw. czynnościowych) – coraz częściej pojawiających się w pismach kierowanych do sądów i ubezpieczalni. Wynika to z dość dużej łatwości wiązania podawanych przez poszkodowanych objawów ze zdarzeniem będącym przedmiotem postępowania odszkodowawczego przez lekarzy prowadzących wczesną terapię wypadkową, a także – w mniejszym stopniu leczących chorych w okresie późniejszym.

Problem ten jest zdecydowanie mniejszy w sytuacji urazów czaszkowo-mózgowych połączonych z uchwytnymi w badaniach obrazowych uszkodzeniami mózgu i nie nastręcza on większych trudności diagnostycznych – poza padaczką.

Rzeczywiście, przysłowiowe „schody” pojawiają się w sytuacji, gdy mamy do czynienia z tzw. czynnościowymi (co na obecnym etapie wiedzy medycznej nie jest zbyt właściwym określeniem) uszkodzeniami pracy ośrodkowego układu nerwowego w wyniku urazu czaszkowo-mózgowego o mniejszej sile lub gdy osoba poszkodowana nie uczestniczyła bezpośrednio w zdarzeniu traumatycznym, a mimo tego wpłynęło ono niekorzystnie na jej stan zdrowia – np. zgon bliskiej osoby [1, 2, 3].

Analizując materiał aktowy przesyłany do KiZMS ŚAM przez sądy oraz ubezpieczycieli zwraca uwagę częsta niewspółmierność siły urazu sprawczego (mechanicznego) oraz wątpliwy skutek, tj. rozpoznawane zazwyczaj na podstawie pobieżnie zebranego wywiadu wstrząśnienie mózgu (najczęściej I stopnia), a następnie cerebrastenię pourazową z nasileniem podawanych przez poszkodowanych dolegliwości, wymagających terapii.

Fakt ten wskazuje, że w tych sytuacjach stres psychiczny (lęk, strach, przerażenie) ma najpewniej największy wpływ na istniejącą u tych chorych dysfunkcję narządową i związane z tym inwalidztwo. Przeprowadzenie w tych przypadkach typowej diagnostyki różnicowej neurologicznej (badanie przedmiotowe, eeg, tk, nmr) ma niewielką, nawet żadną przydatność dla szeroko pojętych celów orzeczniczych [4-8].

W związku z tym, że w pełni uzasadnione jest sięgnięcie przez lekarza orzecznika do wiedzy psychiatrycznej i (lub) skorzystanie z pomocy specjalisty z tej dziedziny medycyny.

Orzekając w tego rodzaju schorzeniach o uon w pierwszym rzędzie pamiętać zawsze należy o możliwości symulacji pourazowych zespołów stresowych, dyssymulacji (pomniejszenia lub negowania objawów) lub też metasymulacji (deklaratywnego podtrzymywania obecnych wcześniej objawów, które ustąpiły wcześniej samoistnie lub pod wpływem leczenia).

Dalej, istotne jest sumienne przeprowadzenie szczegółowego (a zatem długotrwałego) wywiadu ogólnolekarskiego ukierunkowanego na wywiad psychiatryczno-psychologiczny, dokładne zbadanie dokumentacji medycznej dot. leczenia przed- i powypadkowego. Nie bez znaczenia jest także poddanie analizie danych pozamedycznych (protokołu powypadkowego, zeznania świadków dot. zachowania się poszkodowanego po zadziałaniu czynnika stresogennego oraz wcześniej, a także relacji samego zainteresowanego uzyskanej bezpośrednio po zdarzeniu).

Jak to wynika z obserwacji własnych, brak tych danych często generuje nieprawidłowe rozpoznania (najczęściej na wyrost) oraz niesłuszne wiązanie podawanych dolegliwości ze zdarzeniem będącym przedmiotem postępowania sądowego lub odszkodowawczego.

W sytuacjach wątpliwych pomocne są także specyficzne testy psychologiczne (szczególnie MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventor), pomagające w rozróżnieniu rzeczywistych zaburzeń pourazowych od symulacji lub dyssymulacji. Przeprowadzenie tych testów ma szczególne zna-

czenie w sytuacjach, gdy nie dysponujemy szeroką dokumentacją z leczenia powypadkowego, a wynik badania klinicznego sugeruje z dużym prawdopodobieństwem istnienie u pacjenta zaburzeń stresowych pourazowych.

Na ich podstawie można ocenić, a następnie rozróżnić stany emocjonalne będące wynikiem działania czynnika stresowego, a także ocenić ich nasilenie – co jest bardzo pomocne przy orzeczeniu procentowego uszczerbku na zdrowiu. Zaletą testów psychologicznych jest łatwość i prostota ich wykonania oraz powtarzalność i możliwość przeprowadzenia różnych, specyficznych testów w krótkim okresie czasu. Takie postępowanie (w przypadkach wątpliwych) pozwala na ograniczenie możliwości postawienia błędnego rozpoznania, w tym także w kwestii oceny związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zgłaszanymi dolegliwościami, a zdarzeniem ocenianym przez sąd lub ubezpieczyciela.

Doświadczenia kliniczne pozwoliły na sformułowanie pięciu standartowych pytań, które lekarz orzekający powinien sobie zadać, w każdym przypadku, w którym chodzi o uznanie „czynnościowych” zaburzeń nerwowych, jako skutek przebytego zdarzenia traumatycznego:

1. Czy osoba występująca z roszczeniem z powodu zaburzeń stresowych pourazowych rzeczywiście spełnia kryteria kliniczne tych zaburzeń?
2. Czy stresor urazowy, w następstwie którego miałyby dojść do zaburzeń stresowych pourazowych, ma odpowiedni ciężar gatunkowy, aby wywołać chorobę?
3. Jaka jest psychiatryczna historia badanego dot. okresu przed zdarzeniem?
4. Czy diagnoza oparta jest wyłącznie na subiektywnym przedstawieniu symptomów przez badanego?
5. Jaki jest obiektywny poziom funkcjonowania psychicznego badanego?

Obecnie przyjmuje się, że uznanie stresowych zaburzeń pourazowych w celach odszkodowawczych może nastąpić dopiero po ustabilizowaniu się objawów, nie wcześniej jednak niż po roku leczenia – poddaniu się stosownej terapii psychologicznej i psychofarmakologicznej.

Nie wolno też pomijać tego, że gdy w stosunku do ofiar urazów z rozpoznaniem zaburzeń stresowych będą prowadzone działania podważające wartościowość urazowego doświadczenia, np. niekończące się procedury weryfikujące diagnozę czy też procedury odszkodowawcze, dojdzie do odnowienia się skutków doznanego urazu [1, 2, 3, 9, 10].

## 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. 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.
4. DSM – IV, American Psychiatric Association (4th ed.), Washington D.C. 1994 .
5. Hall K. M. i wsp.: Family Stressor in Traumatic Brain Injury: A Two – Year Follow – Up. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 1994, vol. 75, 876.
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. Ząbek M.: *Urazy czaszkowo-mózgowe*. PZWL, Warszawa 1993.
9. Heitzman J.: Zespół pourazowego stresu – kryteria diagnostyczne, zastosowanie kliniczne i orzecznicze, *Psychiatr. Pol.* 1995, 29, 751-766.
10. Siwak-Kobayashi M.: Lęk w zaburzeniach nerwicowych: perspektywa kliniczna, *Post. Psychiat. Neur.* 1994, 33, 533-6.

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