
SOUBORNÉ REFERÁTY

Psychické následky úrazů a hodnocení ztížení společenského uplatnění

Pavlovský P., Šrutová L.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

SOUHRN

Hodnocení ztížení společenského uplatnění u psychických následků úrazů a zejména úrazů, které nepostihují hlavu, je často velmi obtížné, neboť příznaky uváděné posuzovanou osobou jsou ve velké míře poznamenány jejím subjektivním zpracováním. Nároky na znalce činí i pečlivé odlišení příznaků organických, resp. symptomatických, od reaktivních, což umožňuje hodnotit je podle více než jen jedné položky příslušné vyhlášky. Při diagnostických a hodnotících rozvahách hraje velkou důležitost psychologické vyšetření, zejména při posuzování postižení kognitivních funkcí.

Klíčová slova: ztížení společenského uplatnění, bodové hodnocení, psychické následky úrazů, poruchy organické, symptomatické, reaktivní.

SUMMARY

Pavlovský P., Šrutová L.: *Psychical Consequences of Injuries and Evaluation of Compromised Personal Fulfilment in the Society*

Evaluation of compromised fulfilment in psychic consequences after accidents and especially injuries which do not affect head is often very difficult, since symptoms declared by the person under evaluation and to great extent influenced by his or her subjective processing. Requirements for the expert also include careful differentiation of organic symptoms or symptomatic indices from the reactive ones which makes it possible to evaluate them according to various items of the relevant Regulation. In the diagnostic and evaluating consideration, psychological examination plays a significant role especially when assessing the damage to cognitive functions.

Key words: compromised fulfilment in society, point evaluation, psychical consequences of injuries, organic disorders, symptomatic disorders, reactive disorders.

Čes. a slov. Psychiat., 105, 2009, No. 2, pp. 68–70.

ÚVOD

Hodnocení psychických následků závažných úrazů je častým předmětem soudně znaleckého posuzování ztížení společenského uplatnění. Je to problematika hojně frekventovaná a narážíme na ni ať už jako prvoznalci nebo znalci, kteří dostali za úkol vypracovat revizní posudek, případně jako členové odborné komise jmenované za účelem vypracování revizního znaleckého ústavního posudku. Jde o záležitosti zpravidla velmi složité, často rozporuplné, zejména v případech následků úrazů, které nepostihují mozek. Vyplývá to už ze samé podstaty diagnostikování psychických poruch, při němž jsme do znač-

né míry odkázáni na subjektivní údaje posuzovaného jedince, čímž vzniká první problém: kdy se subjektivní stesky stávají objektivním příznakem, zejména ve chvíli vlastního znaleckého vyšetření, během něhož aktuálně není na posuzovaném přítomna žádná psychopatologická symptomatika? Jiný závažný problém vzniká při rozhodování, zda sdělované stesky nebo pozorované symptomy jsou nedílnou součástí těžkého somatického postižení nebo jde o psychologickou reakci na toto postižení či prodělaný úrazový děj často děsivého charakteru? Může tak jít o projevy symptomatického rázu nebo o reaktivní stav, což vede k rozdílným diagnózám zařazeným v MKN-10 do oddílu poruch buď organického, resp. symptomatického původu pod kódy F06 nebo F07,

Referát byl přednesen ve zkráceném znění na 16. mezinárodní soudně psychiatrické konferenci ve Valticích v říjnu 2008.

nebo neurotického uváděného zpravidla jako jednotlivé podtypy kódu F43. Existující dilema se pak odráží i ve znaleckém hodnocení ztížení společenského uplatnění, kdy přichází v úvahu použití položky 015 a 016 Vyhlášky 440/2001 Sb. Obtížná bývá i situace, kdy se musíme vyjadřovat k předchozímu znaleckému posudku našeho kolegy, jehož závěry byly protistranou zpochybněny. Jsme samozřejmě vedeni snahou o podání naprosto objektivního znaleckého posudku, ne vždy však možnost posouzení jednotlivých psychopatologických symptomů se jeví jako jednoznačná a úkol potvrdit, doplnit nebo opravit předchozí znalecké závěry vyžaduje důkladné rozvažování a znalost obecné psychopatologie.

Závěry jednotlivých znalců se při posuzování mnohdy liší, a to ani ne tak v hodnocení základní psychopatologie jako spíše v hodnocení bodovém. Setkali jsme se i dle našeho názoru s nesprávným postojem, že použití jedné položky vyhlášky vylučuje použití druhé, což by popíralo běžnou zkušenost, že jeden orgán, včetně mozku, může trpět dvěma, případně i více různými poškozeními.

Příkladem nejednotného hodnocení dle položek 015 a 016 mohou být následující stručné kazuistiky:

Kazuistika č. 1

Mladý muž utrpěl jako spolujezdec při autohavárii příčnou míšní lézi v úrovni bederní páteře s následnou paraparérou, kořenovým drážděním, poruchami sfinkterů a ztrátou sexuálních funkcí. Nedošlo k poranění mozku ve smyslu kontuze nebo komoce. Psychiatr-znalec u něho diagnostikoval chronickou depresivní poruchu na základě údajů, že posuzovaný není schopen se z ničeho radovat, uzavřel se do sebe, je vyřazen ze společenských a sportovních aktivit. Bojí se jezdit autem, v případě nutnosti však je schopen cestovat na kratší vzdálenost. Znalec ohodnotil diagnostikovanou depresivní poruchu dle položky 015 částkou 900 bodů, dále u něho diagnostikoval posttraumatickou stresovou poruchu, kterou ohodnotil 1000 body.

Kazuistika č. 2

Jiný mladý muž jako řidič nákladního auta při havárii utrpěl tříštivou zlomeninu pravé stehenní kosti a zlomeninu pravého proc. mastoideus, vědomí neztratil. Při nárazu kamionu do zadní části jeho vozu částečně vypadl z kabiny ven, zůstal však zaklíněn pravou dolní končetinou. Posuzovaný prodělal řadu operativních zákroků, půl roku chodil o berlích. K práci řidiče se vrátil po 15 měsících po nehodě. Byl ambulantně psychiatricky léčen Aurorixem, psychologické vyšetření provedené po roce od úrazu nalézá poruchu koncentrace pozornosti, zpomalenou psychomotoriku a depresivní ladění. Znalkyně hodnotila psychické poruchy jako organickou afektivní poruchu a organickou poruchu osobnosti dle kódů F06.7 a F07.0, v diagnostickém závěru se ještě uvádějí neurotické poruchy řeči a povahové změny ve smyslu zvýšené introverze.

Ztížení společenského uplatnění hodnotila dle položky 015 částkou 900 bodů a dle položky 016 částkou 700 bodů.

Oba uvedené příklady dokládají obtížnost našeho rozhodování – mělo nebo alespoň mohlo být použito hodnocení i dle položky 015, když psychopatologická symptomatika se jevila převážně jako reaktivní, snad nejspíše v rámci diagnózy „poruchy přizpůsobení“ dle kódu F43.2? Ve svých revizních posudcích jsme se navzdory pochybnostem přidrželi hodnocení prvních znalců.

K poněkud k jinému závěru jsme došli v následujícím případě:

Kazuistika č. 3

54letá žena jako spolujezdkyně při autohavárii utrpěla distorzi krční páteře a pravého zápěstí při nárazu do auta, které jim vjelo do cesty, neutrpěla poruchu vědomí, zůstala však zablokovaná ve vozidle, plakala, v nemocnici byla ambulantně ošetřena a propuštěna domů. Ze starší zdravotnické dokumentace vyplynulo, že posuzovaná byla léčena více jak deset let před úrazem pro chronické vertebrogenní potíže, pro které jí byl přiznán částečný invalidní důchod, a pro chronickou anxiózně depresivní symptomatiku vzniklou v souvislosti s rodinnou a finanční situací. Po úrazu pacientka uvádí výrazné zhoršení úzkostí, vracejí se jí vzpomínky na nehodu, má strach z cestování, ztratila své dřívější zájmy, především těžce nese, že nemůže vyšívat, třese se jí pravá ruka. Původní znalecké vyšetření diagnostikovalo posttraumatickou stresovou poruchu a dle položky 015 ji ohodnotilo částkou 900 bodů za současného použití hodnocení dle položky 016 ve výši 600 bodů.

Toto hodnocení se setkalo s vážnými námitkami ze strany pojišťovny, takže byl vyžádán revizní znalecký posudek, při jehož rozboru jsme došli k závěru, že lze připustit existenci posttraumatické stresové poruchy, kterou jsme ohodnotili částkou 600 bodů dle položky 016, hodnocení podle položky 015 jsme však zamítli.

Z kazuistických ukázek je zřejmé, že při hodnocení psychických následků úrazů, které nepostihují mozek, existuje značná nejednotnost názorů znalců, což bývá pak při soudním jednání často napadáno ze strany pojišťoven. Vycházíme-li ze znění vyhlášky 440/2001 Sb., musíme mít na paměti, že ztížení společenského uplatnění lze odškodnit přiměřeně povaze následků v rozsahu, v jakém jsou omezeny možnosti poškozeného uplatnit se v životě a ve společnosti, včetně „uspokojování jeho životních a společenských potřeb, včetně výkonu dosavadního povolání nebo přípravy na povolání, dalšího vzdělávání a možnosti uplatnit se v životě rodinném, politickém, kulturním a sportovním, a to s ohledem na věk poškozeného v době vzniku škody na zdraví. Pod položkou 015 se hodnotí „vážné duševní poruchy po jiných těžkých poraněních kromě poranění hlavy“, zatímco položka 016 je vyhrazena „vážným duševním poruchám vzniklým působením otřesných zážit-

ků nebo jiných nepříznivých psychologických činitelů a tísnivých situací“. Vzhledem k tomu, že reakcím na závažný úraz je vyhrazen kód 016, lze dovojit, že do položky 015 můžeme hodnotit jen psychické poruchy symptomatického rázu. Mezi ty můžeme asi s nejmenšími rozpaky zařadit stavy doprovázené trvalou bolestí, která vede k poruchám spánku, celkové vyčerpanosti a afektivním poruchám, které bychom mohli diagnostikovat v rámci diagnóz F06 jako organickou afektivní poruchu ať už úzkostnou nebo emoční labilitu či astenickou poruchu. Na druhé straně tam, kde se vyvinula úzkostná nebo úzkostně fobická symptomatika v důsledku traumatizujícího zážitku nebo povahové změny v důsledku těžkého trvalého somatického poškození, je plně na místě použít položku 016.

Poněkud snadnější se jeví posuzování psychologických následků těžkých úrazů hlavy, přičemž vyhláška má zřejmě na mysli úraz postihující mozek ve smyslu komoce nebo kontuze. Ponecháváme zpravidla na neurologovi, zda přetrvávající nervové potíže jsou v důsledku pouhé komoce, která je považována za stav přechodný, odeznívající bez následků. Z psychiatrického hlediska mohou v klinickém obrazu tyto potíže dominovat buď jako lehké kognitivní poruchy (ač označené jako „lehké“ představují zpravidla pro svého nositele závažné poškození osobního a profesionálního života), které lze podle celkového obrazu hodnotit pod kódem F06.7, nebo jako posttraumatickou demenci pod kódem F02.8; k dispozici máme i diagnózu F07 zahrnující poruchy osobnosti a poruchy chování v důsledku dysfunkce mozku charakterizované sníženou psychickou aktivitou, emočními změnami a sklonem k impulzivnímu jednání, včetně poruch sexuálního chování. Někdy můžeme uvažovat i o použití diagnózy poruchy přízpusobení (kód F43.2), která zahrnuje emoční poruchy navozené nejen psychogenně, ale i v souvislosti se somatickým onemocněním; narážíme zde však na časové omezení, které nemá u této poruchy překračovat jeden rok. I použití diagnózy protrahované depresivní reakce, kterou bychom mohli odškodňovat dle položky 016, se jeví jako méně vhodné vzhledem k tomu, že dle diagnostického vodítka označuje jen mírnou depresi, tedy ne těžký stav, který by měl vést ke ztížení společenského uplatnění.

K správnému hodnocení přispívá velmi významně psychologické vyšetření, bez něhož by se nemělo obejít žádné znalecké vyšetření operující s diskutovanými položkami. Přesné rozlišení lehkých kognitivních poruch, posttraumatické demence i povahových změn lze demonstrovat i na několika následujících příkladech:

Kazuistika č. 4

28letá žena, znalecky vyšetřená zhruba po pěti letech od hromadné srážky na dálnici. Tehdy po nárazu do auta zezadu začala mít problémy s páteří, které se manifestovaly druhý den po úrazu, kdy údajně nemohla vstát z postele. Léčila se na neurologii, poté

docházela k rehabilitačnímu lékaři, pro potíže se léčí dodnes. Popisuje je jako „ta záda, celou ji blokuje“. Pak má potíže s hrudní páteří, chvílemi nemůže dýchat, někdy nemůže ani jíst. Bojí se řídit auto, které potřebuje k výkonu svého povolání. Léčila se i na psychiatrii, psychologii, kde se snažili zbavit ji úzkosti a fobie z řízení auta, ale marně. Ve srovnání s dřívějším stavem je nyní silně přecitlivělá a lítostivá.

Z psychologického vyšetření vyplynulo, že intelektové funkce jsou intaktní, osobnost posuzovaná se ale jevila úzkostná, nejistá, s astenickými rysy, s tendencí k fobiím a somatizací, a to již premorbidně. Na tomto osobnostním základě se pak rozvinuly uvedené potíže, havárie sama fungovala pouze jako spouštěcí podnět. Žádné projevy organického poškození mozku nebyly zjištěny.

Kazuistika č. 5

18letý chlapec havaroval jako spolujezdec na motorce, byl bez helmy; řidič motorky na místě zemřel. Posuzovaný utrpěl těžká mnohočetná poranění, včetně krvácení do mozku, v bezvědomí byl přibližně měsíc. Na vyšetření se dostavil na invalidním vozíku, na půli těla ochrnutý, těžce dysartrický, tupě euforický, v doprovodu své matky. V tomto případě byly vyšetřením zjištěny závažné projevy organického poškození mozku jak v kognitivní, tak emoční sféře osobnosti. Vyšetření intelektových funkcí ukázalo proti původní kapacitě pokles o zhruba 20 bodů IQ, emotivita byla na jedné straně oploštělá, na druhé straně zvýšeně dráždívá, v chování se promítala celková regrese na významně nižší věkovou úroveň.

ZÁVĚR

Přínos psychologického vyšetření spočívá především v tom, že umožňuje kvantitativní vyjádření míry poškození psychologických funkcí, kognitivního deficitu, stupně defektu i subjektivních stesků, a to v porovnání s kvalitami premorbidní osobnosti. Tím napomáhá lékaři k přesnější diagnostice a bodovému ohodnocení následků či projevů závažných úrazů a posuzování ztížení společenského uplatnění.

Zmíněná problematika se jeví jako značně složitá; dává mnoho prostoru pro diferenciálně diagnostické úvahy při zachování hlubokého vcítění do pacientových potíží, na druhé straně musíme ovšem počítat i s příznaky agravace, někdy i simulace. I u zkušeného znalce dochází mnohdy k pochybnostem co a jak lze odškodnit, konkrétní situaci dovedou zkomplikovat i otázky přenosu a protipřenosu nebo úporné zafixování neurotických stesků, nicméně vždy musí zvítězit etické principy našich povolání.

*Doc. MUDr. Pavel Pavlovský, CSc.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
120 00 Praha 2*