

POSTTRAUMATICKÁ DEMENCE

kazuistika

Pavel Pavlovský
Eva Janečková
Ludmila Šrutová

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN,
Praha

Předneseno na XXXII. (XVII.
mezinárodní) soudně psychiatrické
konferenci v Chebu v září 2009

Kontaktní adresa:

doc. MUDr. Pavel Pavlovský, CSc.
Psychiatrická klinika
1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
128 08 Praha 2
e-mail: pavlovsky.pavel@vfn.cz

SOUHRN

**Pavlovský P, Janečková E, Šrutová L.
Posttraumatická demence**

Při odškodňovacím řízení se často setkáváme s úrazy mozku vedoucími k posttraumatické demenci nebo k jinému organicky podmíněnému poškození. Ve znaleckých posudcích není z terminologického hlediska zcela přesné užívat diagnózu organického psychosyndromu nebo encefalopatie, které jsou příliš obecné a málo vypovídají o charakteru postižení, zatímco pojem demence je definován zcela jasně včetně určení její hloubky podle vodítek WHO. Sdělení uvádí případ 26leté ženy, která utrpěla těžké polytrauma včetně poranění mozku, když byla poražena autem. Pro posouzení jejího postižení za účelem odškodnění bylo důležité vyšetření znalci z oboru ortopedie, neurologie, psychiatrie, sexuologie a klinické psychologie.

Klíčová slova: odškodňovací řízení, úrazy mozku, posttraumatická demence, organický psychosyndrom, encefalopatie, důležitost znaleckého posudku z oboru psychiatrie a klinické psychologie.

SUMMARY

**Pavlovský P, Janečková E, Šrutová L.
Posttraumatic dementia**

In compensation proceedings we quite often meet cases of brain injuries leading in their sequelae to posttraumatic dementia or to other organic disorders. In expert reports it is not recommendable to use the diagnosis of organic psychosyndrome or encephalopathy as these terms are too general saying little about the character of the damage while the term dementia is defined quite clearly including the estimation of its degree according to the WHO guidelines. The article presents a case of a 26-year old woman who suffered a severe polytrauma having been knocked down by a car. To assess her compensation claims it was necessary to examine her by specialists in orthopaedic surgery, neurology, psychiatry, sexuology and clinical psychology.

Key words: compensation proceedings, brain injuries, posttraumatic dementia, organic psychosyndrome, encephalopathy, importance of psychiatric and psychological expert's reports.

Vážné mozkové nebo duševní poruchy po těžkém poranění hlavy uváděné ve vyhlášce č. 440/2001 Sb. pod kódem 014 bodového hodnocení ztížení společenského uplatnění je zřejmě míněno jako poranění mozku, a nikoli jiné poranění částí hlavy. Z psychiatrického hlediska se nabízí několik diagnostických jednotek, které mají ráz vážné duševní poruchy. Kromě dlouhodobých následků komoce uváděných pod kódem 013 vyhlášky jde o nejrůznější klinické obrazy organicky podmíněných stavů psychotického rázu nebo afektivních poruch, případně o mírnou kognitivní poruchu, která rovněž může představovat těžký handicap, vše uváděno pod kódem F06.x MKN-10. Další eventualitou jsou organicky

podmíněné poruchy osobnosti pod kódem F07 a posttraumatická demence pod kódem F02.8. Je zajímavé, že v MKN-10 ve výčtu možných příčin demencí uváděných pod kódem F02.8 se poranění mozku nevyskytuje, jako by šlo o ozvěnu na Myslivečkův výrok z jeho učebnice Speciální psychiatrie z roku 1959,¹ kde v kapitole o psychických změnách po poranění mozku mj. uvádí: „Některé vlastnosti premorbidní osobnosti jsou zraněním mozku uvolněny ... jiné jsou naopak zeslabeny ... změni se tak postup myšlení nemocného, jeho temperament a psychické tempo, základní nálada ... Tyto změny osobnosti, individuálně různé, často snižují druhotně intelektovou výkonnost, ale nejde tu o pravou de-

menci. Je to pouze sekundárně zeslabené užívání intelektové soudnosti vlivem změn postihnuvších ostatní osobnost. Skutečná demence, tj. primární a trvalá ztráta soudnosti, vyvine se po úrazu velmi zřídka a je vůbec pochybná. “V americkém DSM-IV se však jako příčina demence uvádí též úraz hlavy pod kódem 294.1. Všechny uváděné klinické jednotky mají společného jmenovatele v podobě organického poškození mozku, tedy organického psychosyndromu, kterýžto pojem se nejednou vyskytne i ve znaleckém posudku; jiný blízký pojem, ne-li synonymum, je encefalopatie. Tyto pojmy jsou příliš obecné, málo informující o podstatě poškození psychiky, a proto by se jich nemělo v tak závažném dokumentu, jakým znalecký posudek je, používat. Pojem **encefalopatie** je definován dle Hanzlíčka² jako neurologické a psychické chronické následky procesů nejrůznější etiologie, které poškodily mozek. MKN-10 tento pojem mezi diagnózami neuvádí. **Organický psychosyndrom** se v Hanzlíčkově encyklopedii³ dělí na reverzibilní, charakterizovaný poruchami vědomí ve smyslu delirií, a ireverzibilní, do něhož spadají případy demence, povahových změn a Korsakovova syndromu. MKN-10 uvádí organický psychosyndrom pod kódem F07.9 jako nespecifikovanou organickou poruchu osobnosti a chování vyvolanou onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku. Oba uvedené pojmy tedy podávají jen velmi strohou informaci širokého rozsahu, který se příliš neliší od nadpisu první kapitoly MKN-10 F00-F09, tj. **Organické duševní poruchy včetně symptomatických**. Použití takto nepřesně určených označení psychických následků úrazů mozku poskytuje široké pole pro nejrůznější námitky té či oné strany sporu vedeného o ohodnocení ztížení společenského uplatnění.⁴

S problematikou tohoto druhu jsme se setkali při zpracování **revizního posudku** na ohodnocení ztížení společenského uplatnění u ženy, která jako 26letá utrpěla těžké polytrauma včetně poranění mozku, když ji srazilo auto na přechodu.

Toto poranění bylo diagnostikováno jako difúzní axonální poškození s postižením frontálních laloků, bezvědomí trvalo šest týdnů; z dalších diagnóz se uvádí traumatický edém mozku, fisura lbi temporálně vlevo, fraktura laterální stěny levé očníce, hemosinus maxilárních dutin a otevřená fraktura pravého bérce. Po šesti týdnech bezvědomí na klinice anesteziologie a resuscitace posuzovaná začíná jednoslabičně odpovídat, jeví psychomotorický neklid s pohybovými stereotypy, grimasuje, je přítomna lehká levostranná hemiparéza. Po překladu na neurologické oddělení se po dvou měsících od úrazu diagnóza zpřesňuje na difúzní axonální poranění s maximem v obou frontálních lalocích více vlevo, drobná kontuzní ložiska fronto- a temporobazálně vlevo, drobná léze corpus callosum vlevo, stav po traumatickém edému mozku, kvadruparéza spastického charakteru s levostrannou predilekcí postupně regredující, organický psychosyndrom, prefrontální syndrom.

Po pěti hospitalizacích v rehabilitačních zařízeních dochází k sebeobsluze, zlepšení chůze s oporou, v psychopatologickém obraze se po jednom roce po úrazu konstatuje poškození verbální paměti a zpomalené psychomotorické tempo.

Prvé znalecké hodnocení bolestného a ztížení společenského uplatnění z hlediska ortopedie, neurologie, psychiatrie a sexuologie se realizuje krátce po uplynutí jednoho roku od úrazu s výsledkem, že je posuzované přiznáno 61 % z celkové pojistné částky 300 000 Kč, i když neurolog hodnotil vážné neurologické poruchy dle položky 014 vyhlášky č. 440/2001 Sb. částkou 2900 bodů se zvýšením o 50 % a psychiatr zhodnotil následky dle pol. 014 částkou 1000 bodů, dle položky 015 částkou 900 bodů a dle položky 016 částkou 1000 bodů, celkem částkou 2900 bodů. Sexuolog zhodnotil ztrátu libida částkou 1000 bodů.

Právní zástupce posuzované vyjádřil nespokojenost s nízkým ohodnocením ZSÚ a vyžádal si ústavní posudek, který byl vypracován po 4 letech od úrazu. Ze subjektivních stesků jsou v popředí bolesti v krční páteři a pravé dolní končetině a poruchy chůze – posuzovaná se nedokáže rychleji pohybovat, např. popoběhnout za autobusem, není schopna samostatně vařit, čte, ale nic ji nebaví, televizi nesleduje. Píše jen tiskacími písmeny, nedokáže počítat, ztratila zájem o sex. Objektivně **neurolog** uzavírá na centrální kvadruparézu s převahou vlevo, algický syndrom cervikální pouřazový, ostrůvkovité defekty čítí (anosmie, hypakuze, susp. hemianopsie vlevo, porucha stability).

Při **psychiatrickém vyšetření** je patrné pomalé psychomotorické tempo, váhavost, výrazně snížená dynamogenie, depresivní nálada, porucha paměti, pokles kognitivních funkcí.

Psychologické vyšetření zjišťuje pokles aktuální intelektové výkonnosti přibližně o 30 bodů IQ, současné IQ 76 bodů. Nejvíce jsou oslabeny funkce pozornosti a paměti, schopnost učení, početní dovednosti, chápání složitějších sociálních vztahů. Ve srovnání s psychologickým vyšetřením před třemi lety nedochází ke zlepšování kognitivních funkcí, spíše k progresi kognitivního deficitu. Emoční prožívání je základně negativně zabarvené, pesimistické až depresivní, promítá se v něm deprivace a frustrace související s tělesným a psychickým postižením v důsledku násilného přerušování její životní linie a vyřazením z běžných aktivit příslušejících jejímu věku.

Toto námi provedené psychiatrické a psychologické vyšetření vedlo k **diagnóze posttraumatické demence**, což zvýšilo procentuální poškození dle oceňovací tabulky pojišťovny z dřívějších 61 na 95 %.

I když klinický obraz diagnostikované posttraumatické demence je samozřejmě jiný, než je třeba obraz demence u Alzheimerovy choroby nebo demence vaskulárního původu, domníváme se, že v daném případě jsou splněna veškerá **kritéria MKN-10** pro stanovení **diagnózy demence**: nápadný pokles paměti a kognitivních funkcí takového stupně, že je na překážku denní činnosti, výrazné změny emotivity a volní aktivity a trvalost stavu. Domníváme se, že diagnóza posttraumatické, resp. postkontuzní demence je přesnější a daleko výstižnější než příliš obecný pojem psychoorganický syndrom, jehož použití při soudním jednání může vést k nadbytečné diskusi o povaze následků poranění posuzované osoby, někdy i k její škodě.

LITERATURA

1. Mysliveček Z. Speciální psychiatrie. Praha: SZdN; 1959.
2. Hanzlíček L. Psychiatrická encyklopedie, díl II. Praha: VÚPs; 1979.
3. Hanzlíček L. Psychiatrická encyklopedie, díl IV. Praha: VÚPs; 1981.
4. Pavlovský P, Šrutová L. Psychické následky úrazů a hodnocení ztížení společenského uplatnění. Čes slov Psychiat 2009; 105 (2): 68–70.