

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

LEICHTERER KOPF-UNFALL und seelische Folgen

Kopf-Unfälle sind nicht selten. Glücklicherweise sind sie in der Mehrzahl der Fälle leichter Natur. Diese Entscheidung trifft allerdings der Arzt und empfiehlt die entsprechend notwendigen Maßnahmen. Bei „milden Hirntraumata“, wie der Fachausdruck lautet, kann sich das in Grenzen halten, falls überhaupt etwas notwendig erscheint. Nicht immer aber geht es so problemlos aus. Denn das jeweilige Beschwerdebild kann auch mit zeitlicher Verzögerung und vor allem scheinbar uncharakteristischen Folgen belasten. Und dann folgen vielleicht diagnostische und therapeutische Überlegungen, die nichts oder nur wenig mit der verkannten Ursache zu tun haben. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu Beschwerdebild, Ursachen und Auslöser, zu zusätzlichen Belastungsfaktoren und ggf. einer Chronifizierungsgefahr mit den dann notwendigen therapeutischen Maßnahmen.

„Wie geht's?“ „Pech gehabt, den Kopf angeschlagen.“ „Und?“ „Es geht, es lässt sich ertragen.“ Dies ist ein Dialog, den hat schon jeder einmal gehört, vielleicht sogar selber geführt. Um was geht es? Einen „leichteren“ Kopf-Unfall, fachlich ein „mildes Schädel-Hirn-Trauma“. Wie „milde“ aber ist es wirklich? Und vor allem: Ist mit keinerlei Folgen zu rechnen, seelisch, körperlich, psychosozial? Dazu eine kurz gefasste Übersicht:

Kopf-Unfälle (Fachbegriffe: Schädel-Hirnverletzung, Schädel-Hirntrauma - SHT, vom griech.: trauma = Verletzung, Wunde) und ihre seelischen und psychosozialen Folgen nehmen zu. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie. Dort geht es um Definitionen, historische Aspekte, die Einteilung nach Dauer und Ausprägung der einzelnen Verlaufs-Stadien, um mögliche Folgen wie die traumatische (symptomatische, organische) Psychose, das apallische Syndrom oder Coma vigile, das Locked-in-Syndrom u. a. Vor allem aber geht es dort um die seelischen Symptome und ihre psychosozialen Konsequenzen im Alltag mit den kognitiven Ausfällen (Konzentration, Gedächtnis, logisches

Denken usw.). Ferner um Ausdauer, Störungen von Sprache und Wahrnehmung sowie um Beeinträchtigungen des Erlebens und Verhaltens.

Letzteres mag erst einmal nicht so auffällig sein, wird aber im Verlaufe einer unbefriedigend verlaufenden Wiederherstellung oft genug zum Dauer-Problem mit verhängnisvollen Folgen: Depressionen, vermehrte Erregbarkeit, Ängste, hypochondrische Selbstbeobachtung, Verminderung oder Steigerung des Antriebs usf. Und insbesondere was die Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich anbelangt: Partnerschaft, Familie, Beruf, Nachbarschaft, Freundeskreis u.a.m.

Das alles betrifft vor allem mittelschwere bis schwere Kopf-Unfälle. Wie aber steht es nun um die so genannten „*milden Hirntraumata*“, die es glücklicherweise auch gibt, und zwar überwiegend?

„Mildes“ Hirntrauma?

Manche Studien sprechen von nur wenigen Prozent schweren Kopfverletzungs-Folgen. Der Rest verteilt sich auf einen abgestuften Schwere-Grad, wobei drei Viertel als leicht oder „milde“ gelten. Die schweren Fälle brauchen eine fachärztliche Diagnose und insbesondere Behandlung sowie später psychiatrisch-neurologische Nach-Betreuung - oft ein Leben lang. Was aber ist bei den leichteren oder milden Hirntraumen zu erwarten? Gehen sie in aller Regel ohne ernsthafte Schadensfolgen für den Betroffenen aus?

Früher konnte man es sich da einfacher machen. Da gab es die „Hirnquetschung“ (Fachbegriff: *Compressio cerebri*), wobei schon der Name alles sagt. Eine mittlere Stellung nahm die „Hirnprellung“ (*Contusio cerebri*) ein, was auch noch für vielerlei Konsequenzen sorgen konnte. Und schließlich die „Gehirnerschütterung“ (*Commotio cerebri*), bei der die Aussicht auf eine völlige Wiederherstellung in seelischer, geistiger, körperlicher und vor allem leistungsmäßig-beruflicher Sicht am besten zu sein pflegt. So die traditionelle Einstufung der Fachleute.

Neuere klinische Erfahrungen und speziell die Fortschritte der technischen Diagnose-Möglichkeiten (vor allem die bildgebende Diagnostik) führten jedoch zu einem Wandel dieser theoretischen Auffassung. Heute diskutiert man, ob nicht bereits milde Formen der traumatischen Hirnschädigung zu erheblichen funktionellen Einschränkungen auf verschiedenen Ebenen (s. o.) führen können. Was schlagen die entsprechenden Fach-Institutionen vor?

Als Erstes eine inzwischen breit akzeptierte Definition des milden Hirntraumas, nämlich: Bewusstseinsverlust bis zu 30 Minuten; posttraumatische Amnesie (Erinnerungslosigkeit nach dem Unfall), aber nicht länger als 24 Stunden; akute unfall-bedingte seelische bzw. psychosoziale Veränderungen zum Unfall-Zeitpunkt sowie - zumindest vorübergehend - bestimmte neurologische Symptome (s. u.).

Das Beschwerdebild des milden Hirntraumas

Das Leidensbild des schweren Kopf-Unfalls gehört zum folgenreichsten, man kann es sich denken. Das ist glücklicherweise bei einem leichten Hirntrauma nicht zu ertragen. Trotzdem kann sich ein relativ klar umschriebenes Beschwerdebild abzeichnen, das die Experten auch als „post-commotionelles Syndrom“ bezeichnen. Und das kann durchaus zu erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen führen.

Dazu gehören beispielsweise Schlafstörungen, Kopfschmerzen, leichtere Irritierbarkeit sowie Erschöpfungszustände bei jeweils mehr als jedem zweiten Patienten. Auch eine so genannten Verschlechterung der Impulskontrolle findet sich nicht selten, sprich: nicht nur leicht durcheinander zu bringen, sondern auch reizbar bis an der Grenze zu aggressiven Durchbrüchen. Vor allem aber eine so genannte Begleit-Depression.

Mit solch einer zusätzlichen Depressions-Belastung scheint jeder dritte Betroffene rechnen zu müssen, sagen die Experten. Und das kann dauern, Monate, ja Jahre lang. Dies betrifft besonders jene Opfer, die schon zuvor mit depressiven Zuständen kämpfen mussten. Jetzt wird es offenbar noch belastender, ein folgenreiches Zusammenfallen zweier ernster seelisch-körperlicher Beeinträchtigungen.

Schließlich sind auch bei den milden Hirntraumen kognitive Defizite (vom lat.: cognoscere = erkennen, verstehen, erfassen usf.) wie Merk- und Konzentrationsstörungen zu ertragen. Ferner Sprachstörungen und vor allem eine Antriebsminderung. Und auf rein körperliche Ebene auch Übelkeit, Erbrechen sowie Schwindel. Kurz: Von „mild“ kann eigentlich keine Rede sein, auch wenn es hätte schlimmer kommen können.

Kopf-Unfall mit posttraumatischer Belastungsstörung

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) ist eine seelische, körperliche, psychosomatische und/oder psychosoziale Reaktion auf ein belastendes Ereignis (und zwar subjektiver Art, bei der so genannten objektiven Bewertung sollte man sehr vorsichtig sein, jeder reagiert anders). Dabei kann es sich - wie erwähnt - „nur“ um eine zeitlich begrenzte Reaktion handeln, es kann aber auch eine längere krankhafte Entwicklung drohen, die dann den Alltag auf mehreren Ebenen ganz erheblich zu stören vermag. Im Extremfall kann es bis zum Lebensende dauern.

Bei den Kopf-Unfällen handelt es sich ja nicht selten um Haus- oder Verkehrsunfälle, wo dann zum mehr oder weniger direkten Einfluss auf die Gehirnfunktion auch noch ein erschreckendes und ggf. längerfristig beeinträchtigendes Ereignis zusammenkommen kann. Solche, wenngleich „nur milde“ hirn-traumatisierte Op-

fer können ihr Leidensbild auch erst Wochen bis Monate nach dem Ereignis entwickeln. Dabei scheinen vor allem die Symptome Angst, wenn nicht gar chronische Ängstlichkeit, innere Unruhe und eine gewisse Ratlosigkeit am häufigsten zu belasten. Auch die erwähnten kognitiven und affektiven Einschränkungen des Gemütslebens können mit zeitlicher Verschiebung belasten - und niemand kommt auf die eigentliche Ursache, „weil das Ereignis ja schon längst verarbeitet sein sollte“.

Diagnostische Möglichkeiten und Grenzen

Die Medizin wird immer teurer. Das kann man jeden Tag lesen, hören - und sehen, wenn man selber oder eine nahe stehende Person entsprechenden Bedarf hat. Das ist der Preis, im wahrsten Sinne des Wortes, für eine allerdings einmalige Chance, als Opfer beispielsweise eines Kopf-Unfalls rechtzeitig und zutreffend diagnostiziert und anschließend behandelt zu werden.

Und so läuft es auch bei milden Kopf-Unfällen, bei denen inzwischen aber neben den bisherigen diagnostischen Möglichkeiten (Eigen- und Fremd-Anamnese sowie klinischer Befund) besonders die schon erwähnten bildgebenden Verfahren und inzwischen auch neuro-psychologischen Test-Untersuchungen einen hohen Stellenwert erlangt haben. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur. Stichworte sind jedenfalls EEG (noch immer beim Kopf-Unfall hilfreich), CT, MRT, fMRI, SPECT, PET und ihre technischen Fortentwicklungen.

Chronifizierungs-Gefahr

Bei den neuro-psychologischen Test-Methoden gibt es noch mehr Verfahren, die durch immer differenziertere Entwicklungen verbessert werden. Hier geht es u. a. um die Abklärung einer so genannten *Chronifizierung*, d. h. wenn das eine oder andere Symptom oder gar deren mehrere sich nach selbst längerer Zwischenzeit nicht zurückbilden wollen. Ohne auf Details einzugehen, spielen dabei beispielsweise folgende Erkenntnisse mit herein:

Unklare und wechselnde Beschwerde-Schilderungen, vorausgehende Behandlungs-Misserfolge, zusätzliche Behinderungen, vorbestehende organische Störungen, Fixierung auf (bestimmte) Medikamente, psychosoziale Stress-Belastung, Opferhaltung, Mangel an konkreten Hilfen und vor allem zwischenmenschlicher Unterstützung, unergiebig psychologische Mitarbeits-Strategien, Krankheits-Verstärkung durch sekundären Krankheits-Gewinn usw. Das alles kann zu einem ungünstigen Langzeitverlauf mit insbesondere ungewöhnlich verlängerter Beschwerde-Dauer führen.

In den meisten Fällen ist dies unbewusst und hat natürlich für den Betroffenen folgenschwere Konsequenzen im Alltag. Mitunter kommt es aber auch zur Simu-

lierung (Vortäuschung) von Beschwerden, aus welchem Grund auch immer. Hier gibt es inzwischen test-psychologische Untersuchungen, die vor allem im Rechtsstreit eingesetzt werden und eine hohe Spezifität bzw. Sensitivität aufweisen (Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur mit konkreten Hinweisen).

Ursachen und Auslöser

Zwar sind noch nicht alle morphologischen (Gehirn-Substanz) und pathophysiologischen (Gehirn-Funktion) Ursachen, Auslöser und erschwerenden Zusatz-Aspekte geklärt, doch weiß man vor allem wegen der erwähnten bildgebenden Verfahren inzwischen deutlich mehr. Mit Sicherheit spielen dabei sowohl körperliche als auch seelische bzw. psychosoziale Faktoren eine Rolle, also mehrschichtige Wechselbeziehungen, die sich gegenseitig negativ verstärken.

Die Folgen eines Kopf-Unfalls konzentrieren sich hauptsächlich auf Stirn- und Schläfenlappen des Gehirns (vorne und seitlich), wobei kleinere Blutgefäße reißen und die neuronalen Verbände (so genannte graue und weiße Substanz des Gehirns) abgeschert werden. Dazu kommt dann eine biochemische Veränderung bestimmter Gehirn-Substanzen, die für das betroffene Gebiet schließlich zum „neuronalen Tod“ führen können (Untergang des Gehirn-Gewebes).

Stärkere Gewalt-Einflüsse können auch zu lokalen Ödemen (örtliche Ansammlung von Gewebswasser) und damit zu örtlicher Atrophie (Gewebschwund) führen, denn schließlich kann sich das Gehirn durch die knöcherne Schale nicht nach außen kompensatorisch ausdehnen, alles drückt nach innen.

Wenn dann zusätzlich noch die Hirn-Durchblutung beeinträchtigt ist, wird letztendlich auch auf dieser Ebene das Nervengewebe geschädigt, was insbesondere beim milden Hirntrauma eine Rolle spielen soll. Zuletzt drohen auch noch so genannte autoimmun-autoaggressive Reaktionen, oder schlicht und auf Deutsch: Das Gehirn schädigt sich selber, anstatt alles zu tun, um die Folgen gering zu halten. Dies vor allem dann, wenn es sich um mehrfache Schädigungen handelt.

Zusätzliche Belastungsfaktoren

Einige Untersuchungen haben auch eine Reihe spezifischer *psychosozialer Belastungen* gefunden, die im Einzelfall die Heilungsaussichten deutlich zu verschlechtern drohen. Dazu gehören beispielsweise weibliches Geschlecht, Verkehrsunfall als Verletzungs-Ursache, geringe Schulbildung, niedrige soziale Schicht, die erwähnten schlechten Bewältigungs-Möglichkeiten, aber auch eine unbefriedigende Abklärung und Behandlung und nicht zuletzt eine eher ungünstige Arzt-Patient-Beziehung. Und natürlich die schon erwähnten Zusatz-Belastungen: vorbestehende neurologische Krankheiten und seelische Probleme, insbesondere aber schon frühere Kopfverletzungen.

Dies alles führt dann schließlich zu der Erkenntnis: Selbst bei einem milden Hirntrauma kann es sich um ein so genanntes bio-psycho-soziales Phänomen handeln, was auch eine bio-psycho-soziale Betrachtungsweise erfordert, nämlich nicht nur organisch, sondern auch seelisch und sogar das Umfeld betreffend.

Therapeutische Aspekte

Was man bei einem mittelschweren oder gar schweren Kopf-Unfall alles tun kann bzw. muss, je nach Schwerpunkt der Folgen, wird im erwähnten Band 5 angedeutet. Bei den milden Hirntraumata erfährt man hingegen wenig, selbst in den klassischen Lehrbüchern der Neurologie oder Psychiatrie. Im Gegenteil: Man warnt vor einer so genannten Über-Behandlung, die eine drohende Chronifizierungs-Gefahr bahnen könnte. Und das - so manche Experten - kommt fast einem therapeutischen Nihilismus gleich (vom lat.: nihil = nichts, also in diesem Fall am besten nichts weiter tun). Wenn überhaupt etwas Therapeutisches diskutiert wird, so meist unspezifische Schon- und Schutzmaßnahmen. Heute sieht man das inzwischen detaillierter:

So wird in bestimmten Fällen einer depressiv-apathischen Dauer-Verstimmung durchaus der Einsatz von Antidepressiva (stimmungsaufhellenden Psychopharmaka) empfohlen, nicht zuletzt die so genannten selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Das helfe vor allem einige „kognitive Dysfunktionen“ schneller zu überwinden (Gedächtnis, Auffassungsgabe, die allgemeine Verlangsamung u. a.). Im Bedarfsfalle denkt man sogar an ein so genanntes neurokognitives Training.

Insbesondere bei den nicht selten geklagten Rest-Beschwerden wie Kopfschmerzen u. a. erörtern die Fachleute auch einige nicht-somatische Behandlungsverfahren. Beispiele: Biofeedback (Tiefen-Entspannung), Relaxations-Training (z. B. Progressive Muskelrelaxation zur Spannungs-Reduktion usw.), Verhaltenstherapie (z. B. leichte sportliche Aktivität, auch scheinbar missliebige Arbeiten angehen u. a.), kognitiv-behaviorale Therapie-Maßnahmen (negative Überzeugungen überwinden, unnötige Ängste identifizieren und gezielt unter Kontrolle bringen), systematische Desensibilisierung (sich mit angst-auslösenden Vorstellungen arrangieren), Selbstbehauptungs- und Sozialkompetenz-Training (besonders für chronische Schmerzpatienten), Imaginations-Verfahren und Hypnose-Therapie (Tiefenentspannung), Achtsamkeits-Training, milde Hypothermie (therapeutische Unterkühlung) sowie homöopathische Therapie-Empfehlungen.

Schlussfolgerung

Es zeigt sich also: Das milde Hirntrauma muss nicht nur milde verlaufen bzw. rasch vergehen. Es kann anhalten, sogar ungewöhnlich lange, und damit in vie-

lerlei Hinsicht den Alltag behindern, ja folgenschwer beeinträchtigen: Partnerschaft, Familie, Beruf, Freundeskreis, auf jeden Fall aber Wohlergehen. Deshalb wird die leichte *Commotio cerebri* heute nicht mehr bagatellisiert, sondern sorgfältig abgeklärt und ggf. gezielt behandelt. Das kann - dies sei nicht verschwiegen - bei entsprechender Wesensart oder komplizierter Situation zur unnötigen Verlängerung bzw. unsinnigen Maßnahmen führen, die natürlich nicht erwünscht und für die Betroffenen in den meisten Fällen auch nicht ziel-führend sind. Es gibt aber auch genügend Opfer, die alles tun, um mit ihrem Schicksal fertig zu werden - und trotzdem zumindest an der Grenze des Ertragbaren weiter leiden. Hier setzt also der Fachmann an, der inzwischen konkreter differenziert, was gezielt weiterhilft oder nur unnötig beunruhigt.

Weitere Informationen dazu siehe auch das Kapitel „Kopf-Unfall und seelische Folgen“ in der Sparte *Seelisch Kranke unter uns* dieser Internet-Serie

<http://www.volker-faust.de/psychiatrie>