

Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirnverletzungen mit Langzeitfolgen:

Psychiatrische Sicht

SIM 16.03.2023

Ralph Mager, Universität Basel

I Intro/ Fallbeispiel

Intro: Fallbeispiel

Beispiel:

Unfall: Frau K. (35-jährig), Auffahrunfall; Airbag ausgelöst

Symptomatik: Bewusstseinsverlust/ Amnesie unklar,
unspezifische S., keine Prellmarken, Hartspann

Folgetage: Krankschreibung, Commotio, blande Bildgebung

8 Wochen: Stellenantritt scheitert

3 Monate: Neurologe 1 -> Postkommotionelles Sndrom

Intro: Fallbeispiel

5 Monate: Neurologe 2 -> EEG/ Dysrhythmien/
V.a. Hemineglect

8 Monate: Reha 1 -> NP: Leicht-mittelgradige Störung
bei „leichter MTBI“ und Selbstüberforderung

9 Monate: NP-Therapie, neurokognitives Training

12 Monate: Neurologe 3: „Schwererer Hirnschaden“

2 Jahre: Immer noch keine psychiatrische Therapie

→ Es folgen 10 Jahre mit divergierenden Begutachtungen

Schwierigkeiten des Falles:

- Informationslage defizitär
- Wechselnde neurologische Einschätzungen
- Keine eigentliche Therapieführung
- Was ist eigentlich mit dem Kopf passiert?
- Unklare Diagnosen/ Ätiologien
- Somatisches Krankheitskonzept der Explorandin

II Diagnostische Einordnung/ Definitionen

(ICD-10; F07.2):

A Kriterium: Allgemeine Kriterien F07

(Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns)

G1 objektiver Nachweis (aufgrund körperlicher, neurologischer und laborchemischer Untersuchungen) und/oder Anamnese einer zerebralen Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung.

G2. Fehlen von Bewusstseinstörung oder ausgeprägten Gedächtnisstörungen.

G3 kein ausreichender oder überzeugender Beleg für eine andere Verursachung der Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, die die Einordnung im Kapitel F6 rechtfertigen würde.

Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma

B Kriterium:

Anamnese eines Schädelhirntraumas mit Bewusstlosigkeit, das dem Beginn der Symptome bis zu 4 Wochen vorausgeht

(objektiver Nachweis für eine Gehirnschädigung anhand eines Elektroenzephalogramms, mit bildgebenden Verfahren und im Okulonystagmogramm können fehlen)

C Kriterium: Mindestens 3 der Folgenden Merkmale

Klagen über unangenehme Empfindungen und Schmerzen

(wie Kopfschmerzen, Schwindel, allgemeines Krankheitsgefühl, ausgeprägte Erschöpfung oder Geräuschempfindlichkeit)

Affektive Veränderungen

(wie Reizbarkeit, emotionale Labilität, beides leicht durch emotionale Erregung und Stress provozierbar, Depression und/oder Angst eines gewissen Schweregrades)

Subjektive Klagen oder Schwierigkeiten bei der Konzentration und dem geistigen Leistungsvermögen

[Gedächtnisstörungen, ohne deutlichen objektiven Nachweis einer eindeutigen Beeinträchtigung (z. B. durch psychologische Tests), Schlafstörungen]

Beschäftigung mit den oben genannten Symptomen

(Angst vor einer bleibenden Hirnschädigung bis zum Ausmaß von hypochondrischen, überwertigen Ideen und der.....)

Brückenschlag zur Neurologie:

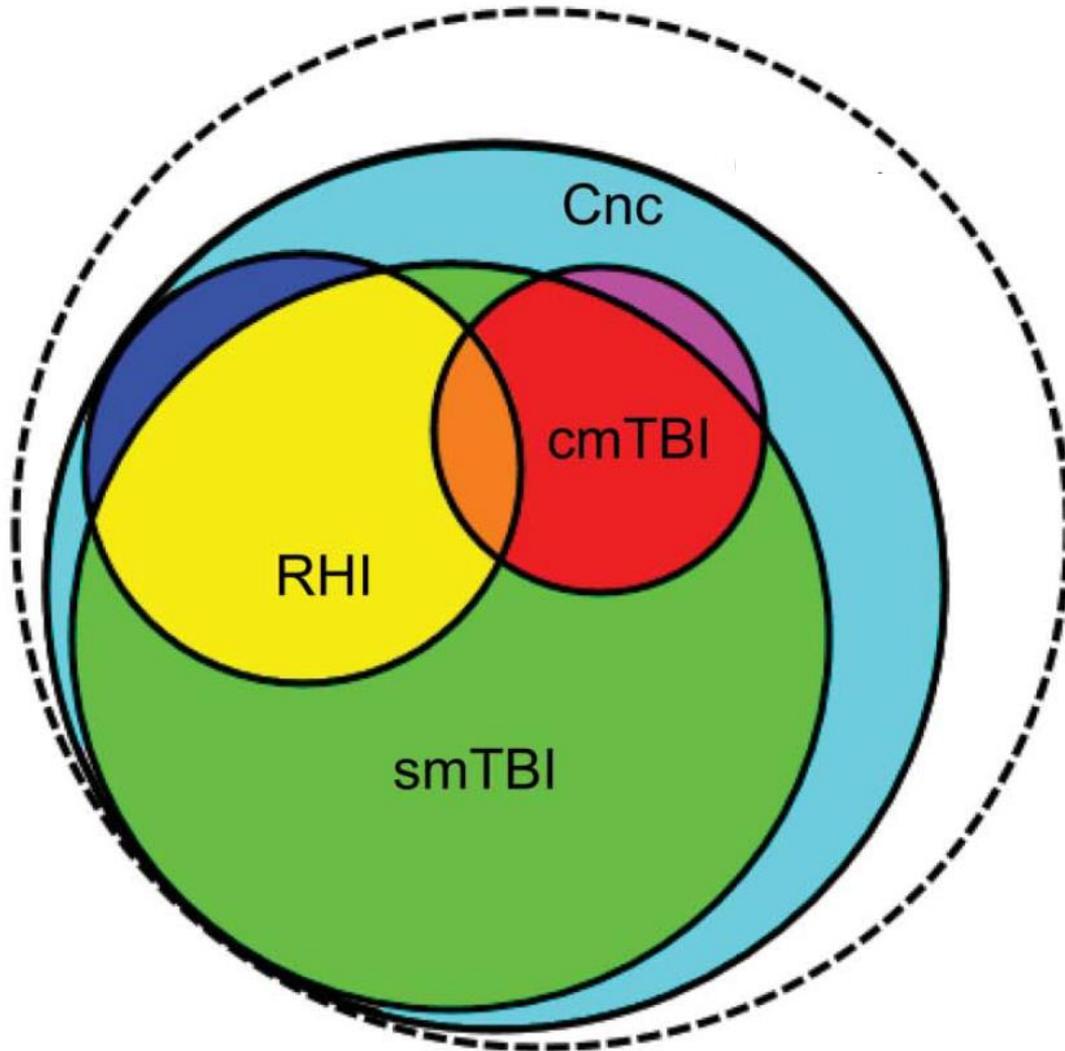
1. TBI («Moderate» und «Severe»)

2. Concussion («Mild» TBI)

Eine Art von nicht-penetrierendem TBI, das durch einen Stoß, Schlag oder Ruck gegen den Kopf oder durch einen Aufprall auf den Körper verursacht wird, bei dem sich der Kopf und das Gehirn schnell hin und her bewegen.

Organisches Psychosyndrom nach SHT

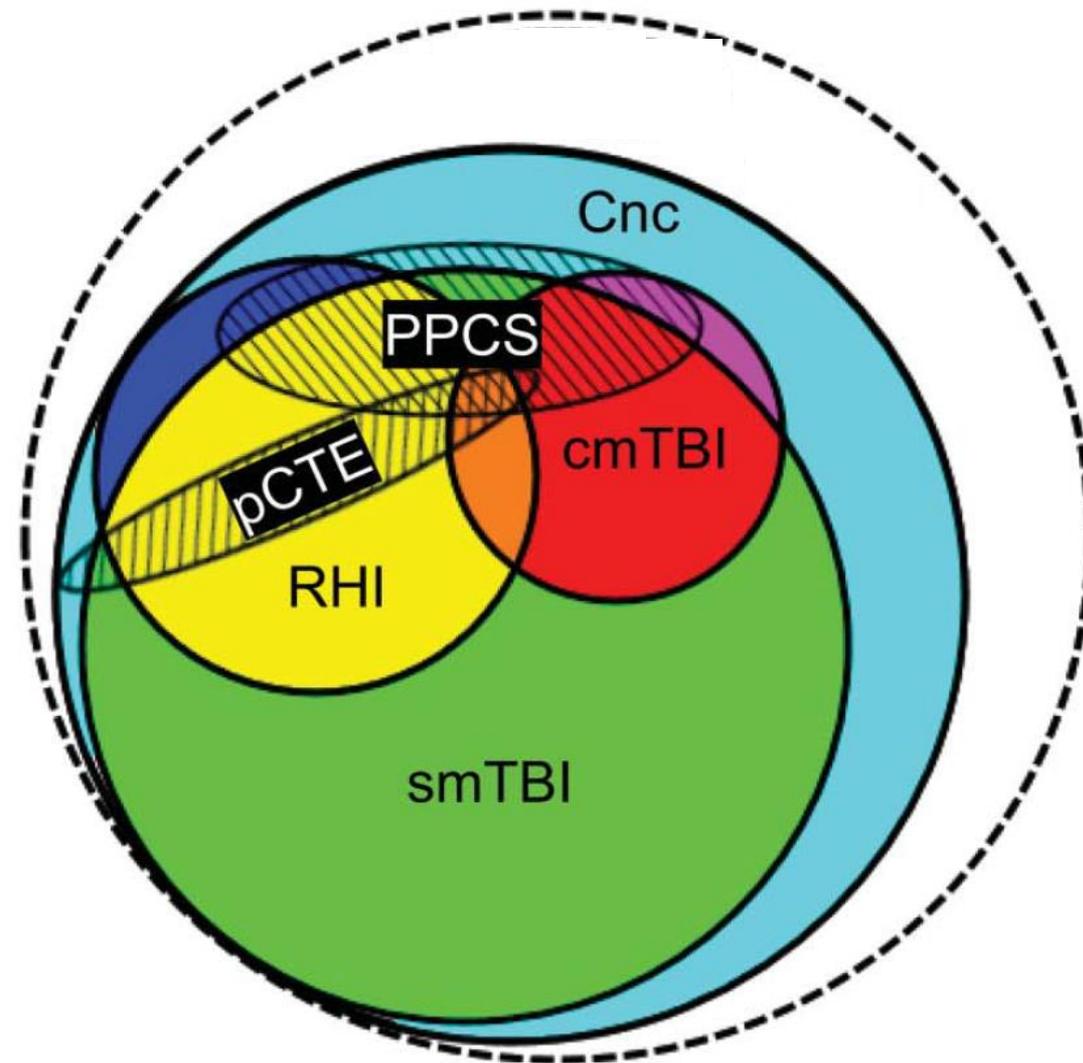
A. Acute/subacute nosology



nach Mayer et al. Neurology 2017

Organisches Psychosyndrom nach SHT

B. Chronic nosology



PPCS

Persistent postconcussive
syndrome

Adaptiert nach Mayer et al. Neurology 2017

pCTE

Probable chronic traumatic
encephalopathy

Fazit 1:

- Die Diagnose eines HOPS nach SHT (F07.2) ist wenig valide. Cave: kriteriengeleitet ist sie niederschwellig zu stellen ohne Zuzug der Neurologie oder Neuropsychologie
- Der Einbezug neurowissenschaftlicher Erkenntnisse ist wesentlich und integriert Publikationen mit Bezug zu MTBI/ TBI/ Concussion.
- Die Abgrenzung Percussion/ MTBI/ HOPS ist nicht klar definiert, es besteht ein definatorischer Mangel
- Es gibt auch prolongierte und chronische Syndrome nach (m)TBI, die klinisch relevant sind und kein neurologisch oder bildgebend nachweisbares Korrelat haben
- Versicherungsmedizinisches Hauptproblem: mTBI

III Psychiatrische Symptomatik und Topographie

Organisches Psychosyndrom nach SHT

Reizbarkeit
Ängstlichkeit

Unspezifische
Symptomatik

Neurotische Störung
Angst/ Depression

MTBI/
Commotio/
Postconcussion/

Erschöpfbarkeit

Schmerzen



Organisches Psychosyndrom nach SHT

Symptome einer (m)TBI/ Concussion:

Kognitiv: Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Gedächtnisprobleme

I

Somatisch: Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, erhöhte Sensitivität

II

Schlafwach-Beschwerden: Schlafstörungen, Fatigue

III

Affektiv: Irritabilität, Ängstlichkeit, Depressivität

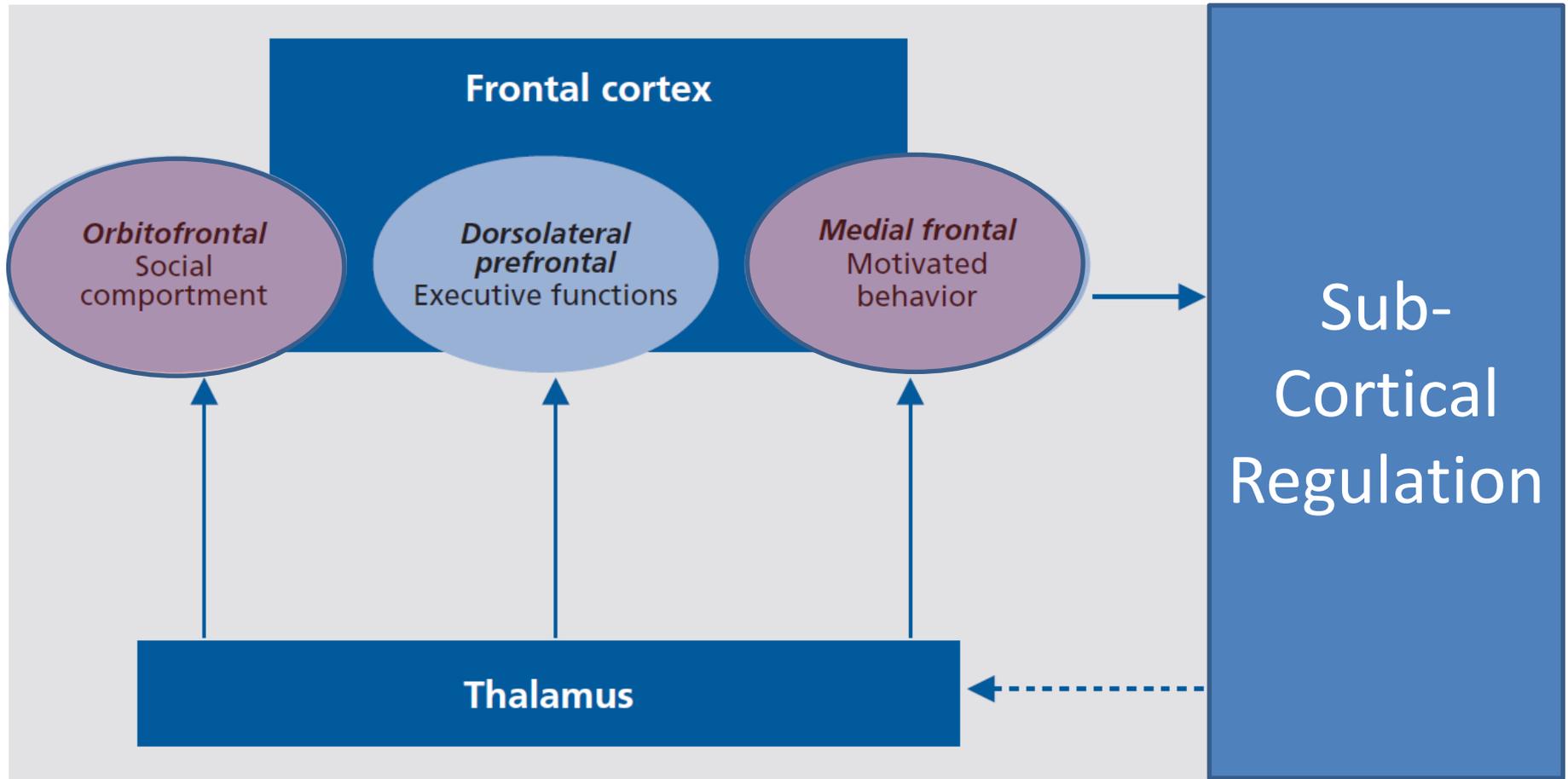
IV

Andere: Anosognosie, „veränderte Persönlichkeit“, Aussenmotivation notwendig; Self-monitoring gestört

V

Organisches Psychosyndrom nach SHT

Vulnerable „High Risk“ Regionen bei TBI



→ Verhaltensprobleme plausibel

→ Erhöhtes Risiko Psychiatrischer Störungen

Fazit 2:

- **Typischerweise betroffenen Regionen einer (m)TBI haben erhebliche Überschneidungen mit Regionen, die wesentlich für die Pathophysiologie verschiedener psychischer Störungen verantwortlich gemacht werden**
- **Die mit den Symptomen einer (mTBI) somatisch bedingt einhergehenden Irritationen/ Defizite können eine psychiatrisch-reaktive Kaskade (psychogen) auslösen, die in der Frühphase parallel zu der somatischen Kaskade verläuft**
- **Die unspezifischen Symptome erschweren die gutachterliche Abgrenzungen zwischen somatogenen und psychogenen Anteilen**

IV Psychiatrische Folgen eines SHT

Organisches Psychosyndrom nach SHT

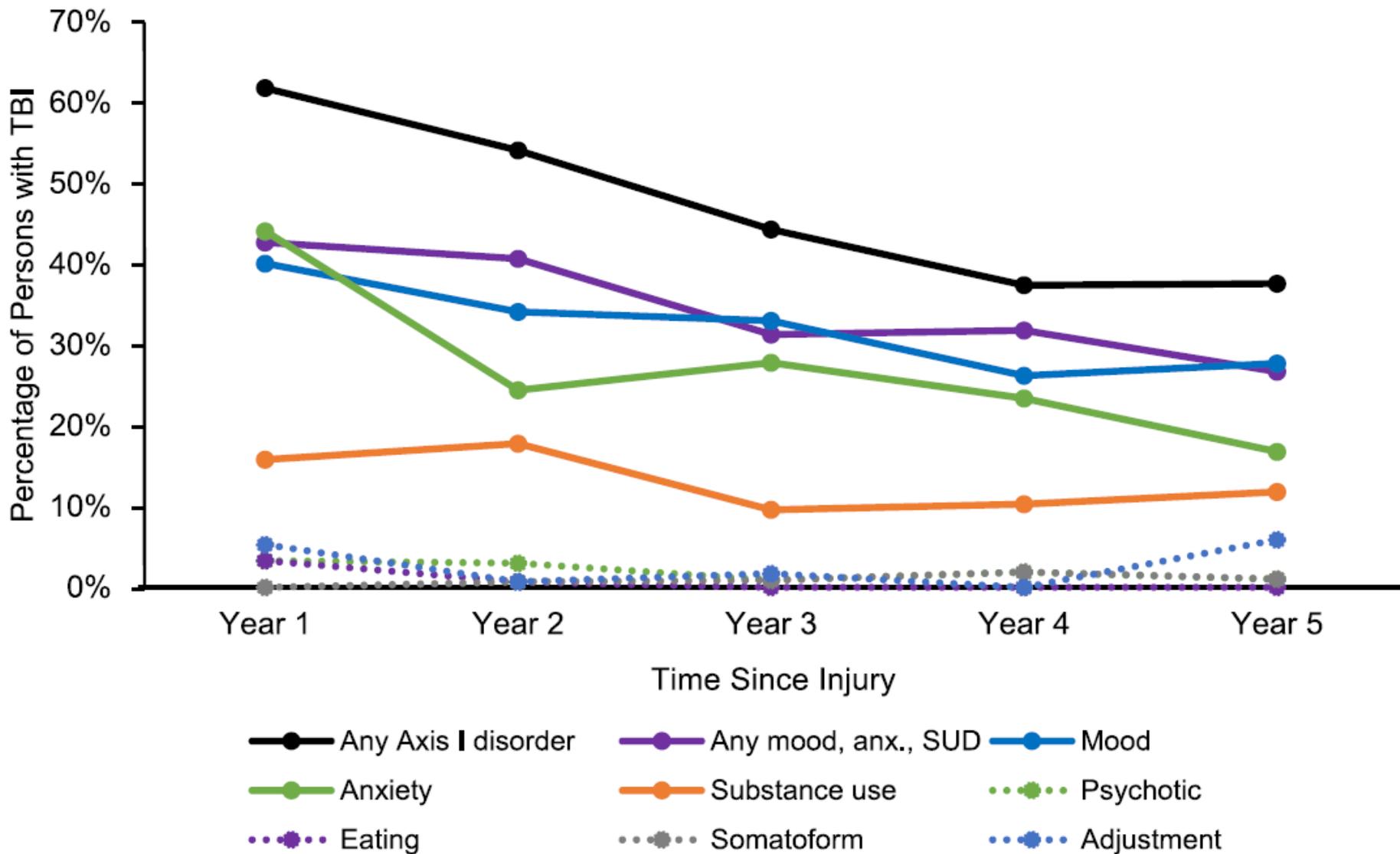
Psychiatrische Störung		
New-Onset Depression (mTBI)	25-44% (43-57%)	Erstes Jahr
	1,5 bis 3 fach erhöht	Bis zu 10 Jahre
	Risiko bei repetitiven mTBIs höher als Schweregrad Inverse Dosis-Wirkung?	
	Stärkste Prädiktoren «Non-Injury factors»: Arbeitslosigkeit/ Depression vor Unfall Priming?	

→ Evidenz für kausalen Zusammenhang zwischen mTBI und Depression, aber dose-response nicht klar...

Organisches Psychosyndrom nach SHT

Psychiatrische Störung		
New-Onset PTSD nach TBI	16% zivil; 37% Militär	
Risiko	1,5 x zivil; 3 x Militär	
	Inverse Dose-response Beziehung?	
	Risikofaktoren wie geringe Edukation, vorhergehende psychiatrische Diagnosen	

Organisches Psychosyndrom nach SHT



Fazit 3:

- **Risiko Psychischer Störungen ist nach einem SHT erhöht (auch Jahre später)**
- **Auch hier oft unklar, ob reaktiv psychogen oder durch strukturelle Schädigung**
- **Angststörungen entwickeln sich besser zurück als affektive Störungen**
- **Trotz der zahlreichen Studien: Kritische Interpretation sinnvoll**

V Versicherungsmedizinischer Umgang

Organisches Psychosyndrom nach SHT

PPCS

Medizinische Abweichungen vorhanden, metabolisch?

Andere Ursache neurokognitiver Störungen

Bildgebung und Klinik korreliert mit den Defiziten?

TBI als Ursache wahrscheinlich

Somatisch

Organisches Psychosyndrom nach SHT

PPCS

Medizinische Abweichungen vorhanden, metabolisch?

Andere Ursache neurokognitiver Störungen

Bildgebung und Klinik korreliert mit den Defiziten?

TBI als Ursache wahrscheinlich

Medikamenten- Drogeneffekte?

Hinweise auf Abhängigkeitserkrankung

Signifikante affektiv-ängstliche Symptomatik?

Komorbide Angststörung oder Affektive Störung

Destabilisierung durch psychologische Faktoren?

Psychologische Faktoren mit Einfluss auf med. Zustand benennen

Somatische Beschwerden nicht vereinbar mit Befunden?

Somatoforme Störung/
Andere neurotische Störung

Psychogene neurologische Symptome?

Konversionssymptomatik

Somatisch

Psychiatrisch

Organisches Psychosyndrom nach SHT

PPCS		
Medizinische Abweichungen vorhanden, metabolisch?	Andere Ursache neurokognitiver Störungen	Somatisch
Bildgebung und Klinik korreliert mit den Defiziten?	TBI als Ursache wahrscheinlich	
Medikamenten- Drogeneffekte?	Hinweise auf Abhängigkeitserkrankung	
Signifikante affektiv-ängstliche Symptomatik?	Komorbide Angststörung oder Affektive Störung	Psychiatrisch
Destabilisierung durch psychologische Faktoren?	Psychologische Faktoren mit Einfluss auf med. Zustand benennen	
Somatische Beschwerden nicht vereinbar mit Befunden?	Somatoforme Störung/ Andere neurotische Störung	
Psychogene neurologische Symptome?	Konversionssymptomatik	
Inkonsistenzen?	Aggravation validieren	Aggravation

Organisches Psychosyndrom nach SHT

PPCS		
Medizinische Abweichungen vorhanden, metabolisch?	Andere Ursache neurokognitiver Störungen	Wahrscheinlichkeit beurteilen!
Bildgebung und Klinik korreliert mit den Defiziten?	TBI als Ursache wahrscheinlich	
Medikamenten- Drogeneffekte?	Hinweise auf Abhängigkeitserkrankung	Vermeidung
Signifikante affektiv-ängstliche Symptomatik?	Komorbide Angststörung oder Affektive Störung	
Destabilisierung durch psychologische Faktoren?	Psychologische Faktoren mit Einfluss auf med. Zustand benennen	
Somatische Beschwerden nicht vereinbar mit Befunden?	Somatoforme Störung/ Andere neurotische Störung	Dualistischer Blick!
Psychogene neurologische Symptome?	Konversionssymptomatik	
Inkonsistenzen?	Aggravation validieren	

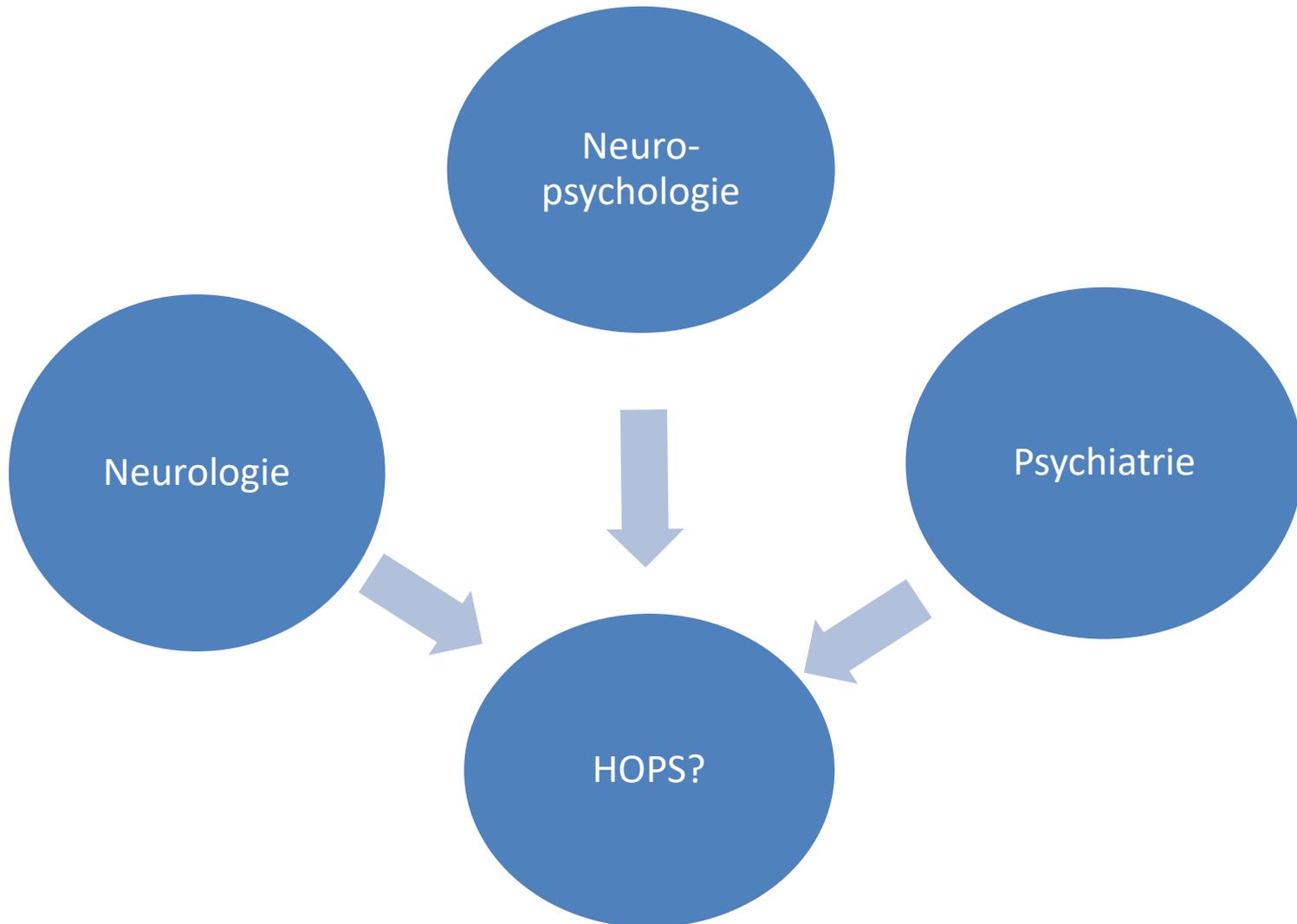
Wahrscheinlichkeit beurteilen!

Vermeidung

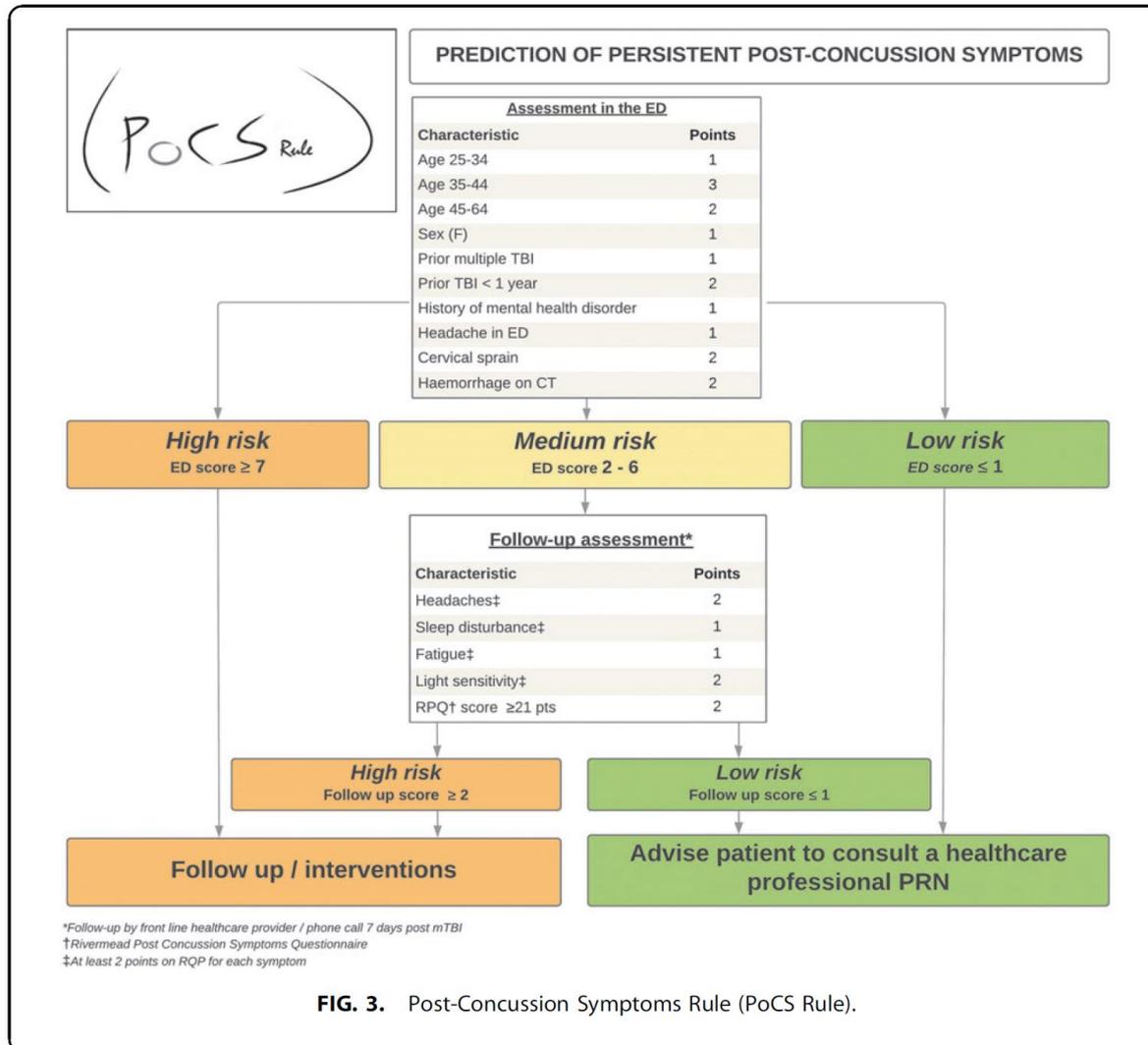
Dualistischer Blick!

Behandlung nach Ätiologien

Organisches Psychosyndrom nach SHT



Organisches Psychosyndrom nach SHT



Prädiktion

Gesamtfazit:

- **Psychische Störungen und psychische Symptome sind häufige Konsequenz einer mTBI/ TBI**
- **Ein anzunehmender «Organischer» Anteil (insbesondere initial) ist nicht sicher abgrenzbar von reaktiv psychogenen Anteilen**
- **Ein persistierendes psychiatrisches Defizit kann auch ohne neurologisch-morphologische Korrelate organisch bedingt sein**
- **Die Diagnose eines hirnorganischen Psychosyndrom nach TBI sollte interdisziplinär gestellt werden**
- **Bislang keine guten Prädiktoren**
- **Versicherungsmedizinisch ist eine probabilistischer Zugang zu wählen**