

Psychoreaktive Störungen nach Unfällen

W. Soukop

Institut für forensische Neuropsychiatrie

Gesellschaft der Gutachterärzte Österreichs
Jahrestagung am 5. 6. 2009-09-16

Zur Problematik von traumaasoziierten beziehungsweise nicht traumaasoziierten psychischen Störungen nach Unfällen

Psychogene Störungen können nach Traumen unterschiedlicher Schwere mit und ohne körperliche Verletzungen, mit und ohne bewusstem Erlebens des Unfallereignisses auftreten. Bei Schädelhirnverletzungen können nach Rückbildung des posttraumatischen organischen Psychosyndroms psychogene Störungen in den Vordergrund treten und sind vom Gutachter von den unfallkausalen posttraumatischen Verätzungsfolgen zu trennen. In letzter Zeit werden neben Schmerzen nach körperlicher Verletzung auch seelische Schmerzen aufgrund reaktiver seelischer Störungen geltend gemacht. Zur Problematik von traumaasoziierten beziehungsweise nicht traumaasoziierten psychischen Störungen nach Unfällen:

- Seelische Folgen nach Unfällen sind zunehmend in das allgemeine Interesse und Bewusstsein gerückt
- Zunehmende Forderungen nach Entschädigung seelischer Traumafolgen und Stattgebung
- Inflationäre Verwendung des Begriffs posttraumatische Belastungsstörung durch kurativ tätige Ärzte, Psychologen und Laie

Konzepte und Klassifikation psychogener Störungen

Unterschiede hinsichtlich Symptomwahl und Ausprägung bei psychoreaktiven Störungen nach Unfällen ergeben sich spätestens in der gutachterlichen Situation. Zunächst kann man traumaassoziierte Störungen nach adäquaten und inadäquaten Traumen und sonstige psychogene, nicht typisch belastungsabhängige Störungen nach Unfällen unterscheiden.

Funktionelle oder psychogene Störungen sind Störungen, denen keine organischen Gründe oder Geisteskrankheit im engeren Sinne (F20, F30 ICD 10) zu Grunde liegen. Funktionelle oder psychogene Störungen sind überwiegend körperliche Beschwerdebilder ohne krankhaften Befund. Sie können sich in praktisch allen Organsystemen äußern.

Synome sind *funktionell, neurotisch, hysterisch, konversionsneurotisch, neurasthenisch, nervös, reaktiv, erlebnisreaktiv, psychoreaktiv, hypochondrisch, dissoziativ, aggravatorisch und simulativ*.

Frühere Bezeichnungen in der gutachterlichen Literatur

Nach WITTER (1981) sind dabei drei Formen einer abnormen psychischen Entwicklung zu unterscheiden, nämlich:

- einfache psychische Fehlentwicklung
- neurotische Fehlentwicklung
- paranoide Fehlentwicklung

SCHERZER unterscheidet eine echte Fehlentwicklung nach Traumen erheblicher Schwere (entspräche der Posttraumatischen Belastungsstörung PTSD F43.1 und in weiterer Folge der andauernden Persönlichkeitsänderung F62 ICD 10).

Typisch für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen ist deren *Progredienz* und *zunehmende phänomenologische Ausgestaltung*, wogegen organisch bedingte, psychische Veränderungen eine typische Rückbildung und Einengung auf meist eintönige Störbilder erfahren.

Die modernen psychiatrischen, klinisch-diagnostischen Leitlinien, wie der ICD 10, kategorisieren in der Gruppe der neurotischen Störungen unter anderen die *Somatisierungsstörung, dissoziative Störungen und belastungsabhängige Störungen*, die weitgehende Überschneidungen mit den bisherigen Begriffen funktioneller Störungen aufweisen und in integraler Wechselbeziehung mit affektiven Störungen und Angststörungen stehen.

Belastungsabhängige (traumaassoziierte) Störungen

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Akute Belastungsreaktion F43.0- Posttraumatische Belastungsstörung
bPTSD F43.1- Posttraumatische Verbitterungsstörung
(LINDEN, 2003)- Anpassungsstörung F43.2 |
|--|

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- andauernde Persönlichkeitsänderung F62- Psychische Fehlentwicklung nach nicht adäquaten Traumata mit diversen anderen psychogenen Störungen (Angst, Somatisierung) |
|---|

Akute Belastungsreaktion F 43.0 ICD 10

Es handelt sich hierbei um eine akute Krisenreaktion mit unterschiedlichen Symptomen. Initial findet sich eine Art der Betäubung mit vegetativen Begleitsymptomen kurz nach einem belastenden Ereignis mit Rückbildung innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen.

Posttraumatische Belastungsstörung F43.1 ICD 10

Verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prämorbidie Persönlichkeitsfaktoren können die Schwelle senken oder den Verlauf verstärken.

Charakterisiert durch die Hauptsymptome:

- Wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängen (Flashbacks, Intrusion),
- Andauerndes Gefühl von Betäubtsein, Stumpfheit,
- Gleichgültigkeit gegenüber Menschen,
- Teilnahmslosigkeit und Anhedonie,
- Vermeidungshaltung,
- Hyperarousal.

Anpassungsstörung F 43.2 ICD 10

Zustände im subjektiven Leid und emotionaler Beeinträchtigung mit Behinderung von Leistung und sozialen Funktionen, im Rahmen eines Anpassungsprozesses, nach einer entscheidenden belastenden Situation mit unterschiedlicher individueller Disposition oder Vulnerabilität.

Kurze depressive Reaktion – bis zu einem Monat

Längere depressive Reaktion – bis zu zwei Jahren

Angst und depressive Reaktionen gemischt

Vorwiegende Beeinträchtigung von anderen affektiven Qualitäten wie Angst, Sorge, Anspannung und Somatisierung,

Vorwiegende Störung des Sozialverhaltens,

Sonstige spezifische deutliche Symptome.

Posttraumatische Verbitterungsstörung

Ein gutachtlich interessantes Konzept von LINDEN (2003, 2004) mit einem einmaligem, schwerwiegenden, negativen Ereignis.

Der Betroffene ist sich dieses Ereignisses bewusst, erlebt das kritische Lebensereignis ungerecht mit Reaktionen mit Verbitterung und emotionaler

Erregung, wiederholt intrusiven Erinnerungen, keine Beeinträchtigung emotionaler Schwundungsfähigkeit, keine manifesten, psychischen Störungen vor dem kritischen Lebensereignis.

Fakultativen zusätzlichen Symptomen:

fühlt sich als Opfer und ist nicht in der Lage das Ereignis zu bewältigen, Selbstvorwürfe, Suizidgedanken, dysphor –aggressiv-depressive Grundstimmung, phobische Symptomatik, reduzierter Antrieb.

Konzept somatoformer Störungen

Der ICD 10 unterscheidet somatoforme Störungen von Somatisierungsstörungen und dissoziativen Störungen. Somatisierungsstörungen und dissoziative Störungen unterscheiden sich in der Zeitachse und in ihrer poli- versus monosymptomatischen Ausprägung. Ältere Bezeichnungen sind monosymptomatische, polysymptomatische Hysterie.

„Somatisierung“ kann definiert werden als eine vorübergehende oder anhaltende Tendenz psychosozialen Stress in der Form von körperlichen Symptomen wahrzunehmen, als Anzeichen von körperlicher Erkrankung zu bewerten.

Das Charakteristikum der somatoformen Störungen ist das wiederholte bzw. anhaltende Auftreten körperlicher Beschwerden in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen, obwohl mehrfach negative Untersuchungsergebnisse bereits vorliegen.

Symptomatologisch imponieren bei den somatoformen Störungen vor allem diverse Schmerzempfindungen, aber auch eine auffällige Müdigkeit und Erschöpfbarkeit, eine gestörte Vitalität. Hypochondrische Gesundheitsängste und körperdysmorphe Überzeugungen sind psychopathologisch je eigenständig zu bewerten.

Somatoforme Störungen/Subtypen

- Somatisierungsstörung F45, F45.1, ICD 10
- Somatoforme Schmerzstörung F45.4 ICD 10
- Somatoforme autonome Störung F45.3 ICD 10
- Hypochondrie (körperdysmorphe Störung) F 45.2 ICD 10
- Neurasthenie F 48.0 ICD 10 incl. moderner Syndrome:
chronisches Erschöpfungssyndrom
Fibromyalgiesyndrom
Sick Building Syndrom
multiple Chemieüberempfindlichkeit

Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0)

- multiple Körpersymptome über mindestens 2 Jahre, die oft schon vor dem 30. Lebensjahr beginnen,
- keine ausreichende somatische Erklärung,
- durch die ständige Beschäftigung mit den körperlichen Beschwerden kommt es zu sozialen Beeinträchtigungen,
- typisch sind unzählige und wechselnde ärztliche Konsultationen,
- gefordert werden mindestens 6 Symptome aus mindestens 2 der verschiedenen Organsystemen.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4 ICD 10)

Ein über 6 Monate an den meisten Tagen anhaltender, schwerer und belastender Schmerz, der nicht durch somatische Faktoren ausreichend erklärt werden kann und der den Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Patienten bildet.

Neurasthenie 48.0 ICD 10 mit dem dazugehörigen Begriff des Erschöpfungssyndroms:

Anhaltende und quälende Klagen über gesteigerte Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung oder über körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringsten Anstrengungen. Muskelschmerzen und Beschwerden, Schwindelgefühle, Spannungskopfschmerzen, Schlafstörungen, Unfähigkeit zu entspannen, Reizbarkeit und Dyspepsie.

Konzept dissoziativer Störung

Diese Gruppe von Störungen wurde früher unter dem Hysteriebegriff zusammengefasst. Wegen der unterschiedlichen Bedeutungen des Hysteriebegriffs erscheint es jedoch besser, diesen Terminus in der Diagnose zu vermeiden.

- Definitionsgemäß kommt es bei dissoziativen Störungen zum Verlust der normalen Integration von Erinnerungen, Identität, Empfindungen und Bewegungskontrolle.
- Im Zentrum steht meist eine „*pseudoneurologische Symptomatik*“ (z.B. Amnesie, Stupor, Anfälle, Bewegungsstörungen, Sensibilitätsstörungen).
- Diese Störungen stehen in enger zeitlicher Verbindung zu einem belastenden Ereignis oder stehen in engem Zusammenhang zu anderen Problemen, Konflikten und Bedürfnissen.

dissoziative Störungen F44.0-9

(Konversionstörungen, pseudoneurologische Störungen)

- dissoziative Amnesie F 44 ICD 10
- dissoziative Fugue F 44.1 ICD 10
- dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung F 44.4 - 44.7 ICD 10
- dissoziative Krampfanfälle F 44.5 ICD 10
- dissoziative Sensibilitätsstörungen F 44.5 ICD 10
- nicht näher bedeutsame dissoziative Störung F44.9 ICD 10

Gutachterliches Umgehen mit psychogenen Störungen

Als Konzept für den Umgang in der Begutachtung wird eine Gewichtung der inneren und äußeren Umstände eines Unfallereignisses und die Berücksichtigung klinischer diagnostischer Merkmale empfohlen.

	Akute Belastungsstörung
Adäquates Trauma erheblicher Schwere	Posttraumatische Belastungsstörung
nicht adäquates Trauma	Anpassungsstörung
	Diverse psychogene Störungen (Angst, Depression, Somatisierung und Dissoziation)

Psychische Fehlentwicklung nach nicht adäquaten Traumata finden sich vermehrt kulturkreisabhängig, bei psychischen Vorerkrankungen, Umbruchsituation und gehen einher mit Somatisierung, Autonomieverlust, histrionischem Verhalten, vorgetäuschten psychotischen Symptomen, artifiziellen Symptomen.

Es lassen sich hierbei folgende Typen hinsichtlich der psychischen Fehlhaltung definieren: somatisierend, dependent, histrionisch.

Gemeinsam allen Subgruppen psychogener Störungen ist eine latente oder akute Konfliktsituation, fehlende Coping -Strategien und häufige Komorbidität mit affektiven und Angststörungen.

Als Empfehlung für die gutachterliche Praxis steht eingangs die kritische Auseinandersetzung mit der Problematik der Bewertung der Schwere eines psychischen Traumas, als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten (*ökologisch-dialektisch relationaler Definitionsversuch*):

...nur ein Ereignis, somit ein objektiver äußerlicher Vorgang?
...unerträgliches Erlebnis, das die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten überschreitet?

Definition eines adäquaten Traumas

Trotz der Schwierigkeiten ein subjektives Erleben zu quantifizieren und Dimensionen zu verleihen, ist es in der gutachterlichen Situation erforderlich. Demnach sind festzustellen und im Gutachten festzuhalten

Objektive Kriterien: Ereignis schweren bis katastrophalen Ausmaßes das übliche Lebenserfahrungen übersteigt und das bei fast jedem tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (ICD 10).

Individuelle Kriterien: Peritraumatische Ausgangslage, Umbruchstimmung, Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, frühere Traumen.

je geringfügiger die auslösende Situation, umso schwerwiegender muss die primäre Störung eingeschätzt werden.

Zur spezielle Situation bei schweren Schädelhirntraumen kann angemerkt werden:

Durch die sofortige Bewusstlosigkeit und PTA wird die unmittelbare traumatische Situation nicht wahrgenommen, es kann jedoch zu sequenzieller psychischer Belastung durch schmerzhaft Behandlungen, Erleben der Intensivstation, Nachricht vom Verlust von Angehörigen, Bewusstwerden von Behinderungen, wirtschaftlich-existentielle Situationen, Opferrolle, Unrechtsbewusstsein kommen.

Nach Rückbildung organisch bedingter Beschwerden insbesondere des organischen Psychosyndroms kann es aufgrund verschiedener psychosomatischer Faktoren zu Anpassungsstörungen und sonstigen psychogenen Entwicklungen kommen. Der Übergang ist fließend.

Eine Chronifizierung und Entwicklung einer andauernden Persönlichkeitsänderung ist möglich.

Bei erlittenen körperlichen Verletzungen, sollen körperliche Schmerzen und seelische Schmerzen nicht getrennt oder gar parallel bemessen werden. Schmerzengeld ist eine globale Entschädigung für alles erlittene körperliches und seelisches Ungemach.

Wenn psychoreaktive Störungen von Krankheitswert alleine auftreten, oder gegenüber körperlichen Schmerzen überwiegen (Verletzter erlitt lediglich eine Schädelprellung, verlor aber bei dem Unfall nahe Angehörige), so sind seelische Schmerzen in Schmerzperioden (leicht, mittel, schwer) zu bemessen. Dafür eignet sich die Definition seelischer Schmerzen nach HALLER.

Zur Frage des Krankheitswerts in der Psychiatrie:

Eine psychiatrische Diagnose entspricht nicht immer notwendigerweise einer Krankheit. Die Entwicklung der Diagnose hat teilweise mehr soziale und politische Hintergründe als psychiatrische. Eine psychoreaktiven Störung mit Krankheitswert kann definiert werden, als Funktionsdefizit mit Nichterfüllung gesellschaftlicher Anforderungen, Unmöglichkeit intrinsische

Werte wie autonomes Handeln, Freundschaft etc. zu verwirklichen. Leiden als Folge einer Belastung sind nicht immer eine Krankheit und entsprechen nicht immer einer Psychopathologie. Es gibt auch normale Trauer, Angst, Wut. Wichtig ist ein unwillkürliches und erhebliches „nicht können“ !

Für krankheitswertige, belastungsabhängige, seelische Störungen gebührt eine Entschädigung entgangener Lebensfreude analog den körperlichen Schmerzen.

Bei der Bemessung der Dauer seelischer Schmerzen sind Zeitfaktor abnehmender Trauerkausalität bei gleichzeitig zunehmender Persönlichkeitskausalität zu bedenken. Wenngleich die Dauer psychischer belastungsabhängiger Beschwerden intraindividuell unterschiedlich lang sein kann. Die Richtlinien gängiger Diagnosemanuale sind zu berücksichtigen.

Zusammenfassung und Empfehlung für die gutachterliche Praxis

- Definition der Schwere des Traumas
- Beschreibung der peritraumatischen Ausgangslage
- Beschreibung des Verlaufs (Reaktion, Prozess)
- Psychiatrische Diagnose (n)
- Psychosoziales Umfeld
- Art und Umfeld beanspruchter Therapien
- Definition des Krankheitswertes xxx
- Seelische Schmerzen (Definition nach HALLER)
- Nicht abgeschlossener, traumatischer Prozess oder auch posttraumatische Einzelsymptome sind nicht gleichbedeutend mit seelischem Schmerz.

Die Begriffe Rentenneurose, Begehrensneurose sollten nicht mehr verwendet werden, gegebenenfalls verwenden: Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen F 68.0 ICD 10.

Dissoziative Störungen statt Hysterie.

Somatisierungsstörungen und somatoforme Schmerzstörung sind den Begriffen moderner Syndrome vorzuziehen.

Akute Belastungsstörung ist unverfänglich.

Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, Angst und Depression, vorwiegender Beeinträchtigung sonstiger Gefühle (F43.20-29) statt posttraumatischer, reaktiver Depression.

Posttraumatische Belastungsstörung PTSD F43.1 statt posttraumatischer Neurose, erlebnisreaktiver Neurose, psychotraumatischem Leidenszustand, paranoider Fehlentwicklung. Jedoch nur wenn diagnostische Kriterien (SKID) erfüllt werden.

Durch Verwendung von ICD 10 konformen Begriffen werden Gutachten sprachlich weniger blumig, sind aber besser vergleich- und nachvollziehbar, sowohl für den Sachverständigen, als auch für den Rechtsanwender, da sie sich standardisierter Diagnosekriterien bedienen.

Inflationäre Begriffe sind zu vermeiden!

Literatur:

FISCHER, RIEDESSER, Lehrbuch der Psychotraumatologie, UTB, 3. Aufl.

HAUSOTTER W, Begutachtung Psychogener Störungen

FAUST V, Seelische Störungen heute, Beck'sche Reihe

FRIEDMANN et al., Psychotrauma, die Posttraumatische Belastungsstörung, Springer Verlag

HALLER R, Psychische Folgen nach Brandverletzungen, Forschung und Praxis der Begutachtung, Heft 64/2003, 37-49

HELMCHEN H., Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie; Der Nervenarzt 2005-77; 271-275