

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

GEHIRN-TRAUMA

Kurz gefasste Übersicht zu seelischen, körperlichen und psychosozialen Folgen

Der Kopfunfall war schon immer eine ernste gesundheitliche Bedrohung, was die möglichen Konsequenzen anbelangt. Das hat sich in unserer verkehrsintensiven Zeit und Gesellschaft noch verstärkt, von Verbrechen-Folgen oder Krieg ganz zu schweigen. Dafür haben sich aber auch die Versorgungsmöglichkeiten verbessert. Dies gilt insbesondere für die Überlebenschancen. Dazu eine kurz gefasste Übersicht, was die verschiedenen Stadien der Bewusstseinsstörung, ihre möglichen hirn-organischen und damit psychophysischen Folgen anbelangt. Und die drohende Möglichkeit eines Dauerschadens mit so genannten kognitiven neuropsychologischen Konsequenzen, von den Einbußen des Erlebens und Verhaltens, zwischenmenschlich und im Berufsalltag, ganz zu schweigen. Und was man für Therapie und Rehabilitation beachten sollte.

Gehirn-Traumen (vom Griech.: trauma = Verletzung, Wunde) und ihre seelischen und psychosozialen Folgen nehmen zu. Derzeit gibt es mehr als 300 Schädel-Hirn-Verletzte auf 100 000 Einwohner pro Jahr in Deutschland (davon fast ein Drittel intensiv-pflegebedürftig - Zahl offenbar zunehmend). Die Folgen werden - vor allem in ihrem definitiven und damit vollem Ausmaß - häufig unterschätzt. Schäden des Zentralen Nervensystems stehen in Mitteleuropa an erster Stelle der Invaliditäts-Ursachen.

- **Historische Aspekte**

Charakterveränderungen nach Verletzung bestimmter Hirnanteile wurden bereits Mitte des 19. Jahrhunderts beschrieben. Die Erfahrungen vieler Kriege, insbesondere der zwei Weltkriege mit ihren zahlreichen Geschoß- und Splitter-

verletzungen des Gehirns zwangen dann zur intensiveren Erforschung. Diesen Kriegserfahrungen lagen jedoch vorwiegend offene Hirnverletzungen mit umschriebenen strukturellen Schäden zugrunde. Heute sieht man meist gedeckte Schädel-Hirn-Verletzungen von Unfallopfern mit überwiegend diffusen Gehirnschäden.

Die diagnostischen (vor allem bildgebenden Verfahren wie Computertomographie und Kernspintomographie) sowie die therapeutischen Möglichkeiten (insbesondere auf rehabilitativem Gebiet) wurden inzwischen deutlich verbessert. Hinderlich ist hingegen eine nach wie vor gelegentlich uneinheitliche und damit unscharfe Begriffsbestimmung und Klassifikation.

Einteilung nach Stadien

Eine beispielsweise pragmatische Darstellung traumatischer Hirnschäden legt folgende Einteilung nahe: 1. Akut-Stadium (Stadium der Bewusstseinsstörung), 2. Remissions-Stadium und 3. Stadium des Dauerschadens. Im Einzelnen:

1. Akut-Stadium: Stadium der Bewusstseinsstörung

Wichtigstes Syndrom (charakteristische Gruppe entsprechender Krankheitszeichen) in der Frühphase ist die Störung des Bewusstseins.

- **Dauer und Ausprägung der Bewusstseinsminderung** sind bei gedeckten Schädel-Hirn-Verletzungen der beste klinische Maßstab für die Schwere der Schädigung. Dagegen können offene Schädel-Hirn-Verletzungen, selbst erheblichen Ausmaßes, ohne oder mit nur geringer Bewusstseinsminderung einhergehen.

Klinisch werden verschiedene Formen von Bewusstseinsminderung unterschieden, die durch eine kontinuierliche Abnahme der Vigilanz (Wachheit) gekennzeichnet sind:

- *Somnolenz*: leichteste Form der Bewusstseinsminderung. Patient schläft immer wieder ein, ist aber durch optische, akustische oder sensible Reize erweckbar. Manchmal grenzt man hier noch die Benommenheit ab, wenn der Patient zwar wieder spontan, jedoch verlangsamt und mit eingengter Aufmerksamkeit handelt.
- *Sopor*: weitgehend kontinuierlicher schlafähnlicher Zustand, aus dem der Patient nur durch starke Reize unvollständig erweckbar ist. Er reagiert mit diffusen oder gezielten Abwehrbewegungen oder motorischen Unmutsäußerungen. Eine geordnete verbale Kontaktaufnahme ist jedoch nicht mehr möglich.

- *Bewusstlosigkeit* (Koma): unerweckbarer Zustand. Keine gerichteten Bewegungen mehr auf Reize jeglicher Art. Die Augen sind geschlossen und werden weder auf Anruf noch auf Schmerzreize hin geöffnet. Ungerichtete Abwehrbewegungen jedoch möglich. Dieser Zustand lässt sich durch die begleitenden neurologischen Befunde in einzelne Stadien unterteilen, die für die Prognose (Krankheits-Vorhersage, Heilungsaussichten) bedeutsam sind (gemessen an Pupillen- und muskulärer Reaktion, an Augenbewegungen, Atmung, verbalen Äußerungen u. a.).

Mögliche Folgen

Zu den möglichen Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas in dieser Phase (siehe auch später) zählen

- So genannte *traumatische (symptomatische, organische) Psychosen*: besonders nach verzögerter Rückbildung der Bewusstseinsminderung. Charakteristika: Veränderungen der Bewusstseinsinhalte in Form von Verwirrtheit oder bestimmten (als krankhaft „produktiv“ bezeichneten) Symptomen: Delirium, Dämmerzustand, Halluzinosen, amentielle, katatone, paranoide oder paranoid-halluzinatorische Zustandsbilder u. a. (Einzelheiten siehe die entsprechenden Krankheitsschilderungen in der Fachliteratur und bestimmte Hinweise in den verschiedenen Beiträgen dieser Serie).

- *Apallisches Syndrom oder Coma vigile*: erste Rückbildungszeichen im Sinne einer vegetativen Erholung. Beispiele: Augen wieder geöffnet, jedoch ohne erkennbare Kontaktaufnahme mit der Umgebung. Wieder normaler Schlaf-Wach-Rhythmus; jedoch weiterhin ausgeprägte Gehirn-Störungen (z. B. Temperaturregulation, erhöhte Muskelspannung aller vier Gliedmaßen usw.). Möglich als Zwischenstadium nach schwersten Hirnverletzungen. Kann Jahre dauern. Lebensgefahr durch zusätzliche Erkrankungen (z. B. Infektionen) bei erheblich geschwächtem Organismus.

Nicht zu verwechseln mit dem Apallischen Syndrom ist das so genannte *Pseudo-apallische Syndrom*: vorwiegend bei Kindern. Nach relativ kurzem Koma und evtl. kurzfristiger Ansprechbarkeit und adäquater Reaktionsfähigkeit plötzlich ausgeprägter, lang anhaltender akinetisch-mutistischer Zustand (bewegungslos, sprachlos, deshalb auch als „Dornröschenschlaf-Syndrom“ bezeichnet). Ursachen: organische, aber auch psychoreaktive (seelische und psychosoziale) Ursachen.

- *Locked-in-Syndrom*: volles Bewusstsein, jedoch sprech- und bewegungsunfähig. Lid- und Augenbewegungen möglich. Ursache: bestimmte Hirnverletzungen.

Wichtig: Eine ausgeprägte Bewusstseinsminderung wird rasch erkannt, leichtere Grade dagegen häufig nicht. Deshalb auf folgende Untersuchungsaspekte achten:

- *Orientierung:* zeitlich - kalendarisch (Jahr, Monat, Woche, Tag, Uhrzeit), situativ, örtlich-geographisch, zur eigenen Person u. a. Als besonders anfällig erweist sich die zeitliche Orientierung. Eine Desorientiertheit zur eigenen Person beweist eine ausgeprägte Bewusstseinsminderung.
- *Weitere Untersuchungsaspekte:* Verlangsamung aller Bewegungsabläufe, Einengung der Aufmerksamkeit, verminderte und verzögerte Reaktion auf äußere und innere Reize, ggf. Veränderung von EEG (Gehirnströme) u. a.

Gerade die Erfassung von leichteren Bewusstseinsstörungen ist von großer Bedeutung (auch versicherungsrechtlich!). Vor allem wird hier die Schwere des Traumas gerne unterschätzt (vorzeitige Klinikentlassung?).

Die Dauer von Bewusstlosigkeit, Bewusstseinsminderung bzw. von posttraumatischer Amnesie (bedeutungsgleicher Begriff = anterograde Amnesie: Zeitspanne vom Unfallereignis bis zum Wiedererlangen des Bewusstseins) sind der beste klinische Maßstab für die Beurteilung der Schwere einer gedeckten (also nicht offenen) Hirnschädigung und neben elektrophysiologischen Befunden (z. B. EEG) die wichtigsten Hinweise für den weiteren Heilungsverlauf.

2. Remission-Stadium

Remission (vom lat.: remissio = zurücksenden, nachlassen) heißt Rückgang seelischer oder körperlicher Krankheitszeichen, jedoch noch keine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit (Heilung). So tritt auch das Vollbild der psychischen Ausfälle erst nach Abklingen der Bewusstseinsminderung nach traumatischem Hirnschaden so richtig zu Tage. Das Beschwerdebild gleicht dem des Dauerschadens (s. u.). Treten keine weiteren Komplikationen auf, so ist eine Besserung zu erwarten. Nach leichteren Schädigungen sieht man teilweise völlige Rückbildungen innerhalb weniger Monate. Doch bei den meisten schweren Hirnschäden ist eine völlige Restitution (Wiederherstellung) kaum zu erreichen.

Die wesentlichsten Verbesserungen sind in den ersten zwei Jahren nach dem Unfall zu erwarten; weitere sind jedoch auch noch über Jahre hinweg möglich.

Psychische Symptome bilden sich mit Erholung des Gehirns meist spontan zurück, auch im Erwachsenenalter. Problematisch ist allerdings die beeinträchtigte **Krankheits-Verarbeitung** (wie werde ich mit den mittel- bis langfristigen Folgen fertig?). Was heißt das konkret?

Nach dem Erwachen aus der Bewusstseinsminderung findet sich der Betroffene in einer subjektiv völlig veränderten Welt wieder. Das in der Regel akute Ereignis hat ihn unerwartet getroffen und aus seinem bisherigen Lebensraum herausgerissen.

Denn zurück liegen Wochen oder Monate weitgehender Erinnerungslosigkeit. Selbst hinsichtlich des Unfallereignisses muss er sich auf fremde Informationen verlassen. Viele Fragen drängen sich auf, die zudem noch in fremder Umgebung (in der Regel die Überwachungseinheit einer Klinik) zu beantworten sind.

Dabei kommt es hier mitunter zu erheblichen Störungen: Realitätsverkennung und -verleugnung bis hin zur psychotischen Dekompensation usw. (vor allem bei Kindern und Jugendlichen). Selbst augenscheinliche Unfallfolgen werden erst langsam realisiert, manche bleiben über Monate verborgen (z. B. Geruchsstörung).

Im *seelischen Bereich* kann das noch schwieriger werden und Jahre beanspruchen. Manche Veränderungen (besonders im Verhalten) bleiben der Eigenwahrnehmung für immer ganz oder zumindest teilweise unzugänglich.

Bisweilen dauert es Jahre, bis sich ein neues Gleichgewicht eingestellt hat und der bleibende Schaden fassbar wird. Dann ist *aus der Krankheit eine Behinderung* geworden. Jetzt drohen allseits eingreifende Veränderungen im sozialen Gefüge oder zusätzliche Leiden, die zu weiteren Belastungen führen.

Das „Durchgangs-Syndrom“

Das Krankheitsbild des Remissions-Stadiums wurde früher oft als „Durchgangs-Syndrom“ bezeichnet. Zum einen wird dieser Begriff aber klinisch häufig falsch eingesetzt, zum anderen sollte er genauer erläutert werden:

In vielen Untersuchungen heißt es lediglich: Bewusstseinsklar, voll orientiert, keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen (die bei neurologischen Krankheiten ohnehin kaum zu erwarten sind). Und keine „Werkzeugstörungen“ (bildhafte Bezeichnung für körperliche Funktionsstörungen, vor allem Sprachstörungen).

Hilfreicher wären dagegen anschauliche Hinweise

- auf das Verhalten: spontan, im Gespräch, während der Untersuchung,
- die geistig-seelischen Kategorien: Bewusstsein, Orientierung, spontaner Antrieb, Anregbarkeit, Stimmung, gemütsmäßige Reaktionen,
- den mimischen, gestischen und sprachlichen Ausdruck
- sowie schließlich Aufmerksamkeit, Konzentration, begriffliche Schärfe des Denkens und Merkfähigkeit usw.

Wichtig ist auch die Biographie (Lebensgeschichte) des Patienten und seine derzeitige Lebenssituation, was für Kenntnis und Verständnis dieses vielschichtigen Aspektes unentbehrlich ist.

3. Stadium des Dauerschadens

Die *psychischen und psychosozialen Dauerschäden* lassen sich unterteilen in

1. *kognitive Ausfälle*: Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Ausdauer, Schnelligkeit, Flexibilität
2. *Störungen des Erlebens und Verhaltens*: Psychomotorik (Gesamtheit des Bewegungsablaufes, der durch seelische Vorgänge geprägt ist, gleichsam die Integration von seelischen und körperlichen Funktionen), Antrieb, Grundstimmung, Stimmungsschwankungen, Selbstwahrnehmung, Kränkbarkeit, Erregbarkeit, Misstrauen, Distanzminderung usw. Im Einzelnen:

3.1 Kognitive Ausfälle

1. **Allgemeine Störungen** der Informationsverarbeitung äußern sich meist in einer
 - *allgemeinen Verlangsamung* mit einer insgesamt geringeren Aufnahmekapazität; der Patient kann sich z. B. im Gespräch nur noch auf seinen Partner einstellen.
 - *Störungen im Konzentrationsbereich*: häufig. Viele Verletzte können ihre Aufmerksamkeit nur über eine begrenzte Zeit aufrechterhalten. Oftmals drohen auch kurzfristige Konzentrations-Einbrüche. Teilweise erhebliche Ablenkbarkeit sowie Schwierigkeiten, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren. Häufig auch allgemeine Umstellungs-Erschwernis.

Dies ist gerade in unserer schnell-lebigen und hektischen Zeit ein fast unüberwindbares Hindernis. Das verbliebene Leistungsniveau ist nur noch unter günstigen Rahmenbedingungen aufrechtzuerhalten. Die üblichen Störfaktoren (z. B. Lärm, Spannungen, Stress) führen rasch zur Dekompensation.

Auch die zunehmende Komplexität der Aufgaben, selbst im privaten, zwischenmenschlichen Bereich, können verhängnisvoll werden. So werden schwierige Zusammenhänge teilweise nicht mehr verstanden, was zu erheblichen Missverständnissen führen kann, ganz zu schweigen von der krankhaften Verarbeitung bis hin zur wahnhaften Interpretation.

- *Gedächtnisschwierigkeiten*: Meist sind sie Ausdruck einer allgemeinen Beeinträchtigung der kognitiven (geistigen) Funktionen. Sie können aber auch den Lernvorgang sowie die Fähigkeit des Behaltens oder Abrufens von Gedächtnisinhalten betreffen.
- Das *logische Denken* (wichtiger Aspekt der Intelligenz) ist nur nach sehr schweren Schädel-Hirn-Verletzungen beeinträchtigt.
- Die *Ausdauer* ist jedoch häufig vermindert. Nach längerer Belastung kommt es meist zu ausgeprägten Erschöpfungszuständen mit depressiven Stimmungseinbrüchen und belastenden vegetativen Folgen (Schlaf, Appetit usw.). Die Erholungspausen werden immer häufiger und länger (was auch der Gesetzgeber durch die regelmäßige stationäre Rehabilitation von Hirnverletzten berücksichtigt hat).

3.2 Neuropsychologische Symptome

Die *Neuropsychologie* ist eine medizinische Disziplin aus Psychologie und Physiologie (Lehre von den normalen Lebensvorgängen) des Nervensystems, die sich vor allem mit den sogenannten "Werkzeugstörungen" (s. o.) beschäftigt. Nachfolgend die häufigsten neuropsychologischen Syndrome nach traumatischem Hirnschaden:

- **Aphasien** sind Sprachstörungen bei erhaltener Funktion der zum Sprechen benötigten Organeile. Sie finden sich vorwiegend nach Schädigung bestimmter Hirnregionen (z. B. Stirn-, Schläfen- und Scheitellappen). Dabei können Sprachproduktion und Sprachverständnis getrennt oder zusammen betroffen sein.
- **Störungen der Wahrnehmung**, finden sich meist nur in der Frühphase. Häufiger werden einzelne Krankheitszeichen nicht oder nur verzögert wahrgenommen (z. B. Geruchsverlust). Besonders nach Verletzungen der Stirnhirnbasis (also in Nähe der Augenhöhlen) können die Ausfälle nicht adäquat realisiert werden. Nach Beeinträchtigung der rechten Scheitellappenregion kann es zur Nichtwahrnehmung oder Vernachlässigung der anderen Körperseite kommen. Auch die Wahrnehmung der räumlichen Beziehungen zwischen verschiedenen Objekten oder ihren einzelnen Teilen oder deren graphische Reproduktion („zeichnen oder schreiben sie auf!“) können vorübergehend oder dauernd gestört sein.

Wichtig: Störungen im optisch-räumlichen Bereich können in der Frühphase einer Hirnschädigung leicht mit einer Bewusstseinsminderung verwechselt werden.

- **Apraxie:** Unfähigkeit, die dafür zuständigen und vor allem intakt gebliebenen Körperteile für Einzelbewegungen, Bewegungs- und Handlungsfolgen (besonders Hände) zweckmäßig einzusetzen. Solche apraktischen Störungen treten vorwiegend nach Schädigung jener Hirnhälfte auf, in der jeweils das Sprachzentrum liegt (kann individuell variieren).

3.3 Störungen des Erlebens und Verhaltens

Folgeschwere Ausfälle können sich nach entsprechenden Hirnschäden auch im *affektiven Bereich* (Erleben) und in Verhaltensauffälligkeiten (Antrieb, Sozialverhalten) äußern. Im Einzelnen:

- **Stimmung:** Veränderungen der Grundstimmung, die sich weder aus dem entsprechenden Lebensablauf noch durch die Verarbeitungsvorgänge des Unfalls erklären lassen. Sie pflegen unmittelbar auf die organische Hirnschädigung zurückzugehen. Dabei kann es sowohl um eine gemütsmäßige „Herabstimmung“ (bis zur Depression), als auch um eine krankhafte „Heraufstimmung“ (bis zur so genannten symptomatischen oder organischen Manie, der krankhaften Hochstimmung) kommen.

Bei den **depressiven Erscheinungs-Formen** handelt es sich meist um unerklärliche und auf keine äußeren Beeinträchtigungen zurückgehende Verstimmungen (vor allem nach Schädigung des rechten Schläfenlappens des Gehirns).

Viele Betroffene klagen über Veränderungen ihrer gemütsmäßigen Schwingungsfähigkeit. Sie sind nach dem Unfall "dünnhäutiger" geworden. Lachen und Weinen sind näher zusammengerückt. Es kommt zu einer so genannten Affektlabilität (Gemütslabilität, Rührseligkeit). Schon bei kleinsten Anlässen (z. B. Musik oder belastende Gespräche) reagieren sie emotional überschießend. Das ist ihnen peinlich und führt nicht selten zu Rückzug und damit Isolationsgefahr.

Umgekehrt kann es aber auch zu einer Verminderung der zwischenmenschlichen Schwingungsfähigkeit kommen, so dass diese Patienten durch eine emotionale Ansprache überhaupt nicht mehr erreichbar sind. Sie wirken dann fälschlicherweise ungerührt, desinteressiert, ja stumpf und apathisch.

Am häufigsten irritiert aber allseits eine **vermehrte Erregbarkeit**: Das kann bis zu immer wiederkehrenden verbalen und sogar körperlich aggressiven Durchbrüchen führen.

Die Konsequenzen sind meist folgenschwer. Die Patienten sind zwar krankheitseinsichtig, aber in der jeweiligen Situation völlig unfähig, danach zu handeln. Sie sind oft sehr verletzlich und fühlen sich schnell benachteiligt. Ein falsches oder missverstandenes Wort kann sie rasch, tief und tagelang beschäfti-

gen. Manchmal erwächst daraus auch eine paranoide (wahnhaft), wenn nicht gar querulatorische Fehlentwicklung (ständiges Herumquengeln und Nörgeln). Bisweilen treten solche Überempfindlichkeiten sogar periodisch auf („an manchen Tagen stört mich die Fliege an der Wand“).

Daneben schildern einige Patienten eine diffuse, bisweilen auch konkrete, *zwanghafte Angst (Phobie)* oder werden durch eine zwanghafte Neigung zur *hypochondrischen Selbstbeobachtung* gequält.

- **Antrieb:** Auch der Antrieb kann vermindert oder gesteigert sein.
 - Eine **Verminderung des Antriebs** äußert sich im Allgemeinen durch Nachlassen von Initiative, Interesse, Aktivität, Kreativität u. a. In schweren Fällen sitzen die Patienten nur noch untätig herum, sind wortkarg und spontan kaum zu einer sinnvollen Tätigkeit fähig. Bei noch bestehender Fremd-Anregbarkeit können sie wenigstens noch zu einem halbwegs strukturierten Tagesablauf angeleitet werden. Antriebsminderungen finden sich vorwiegend nach beidseitigen Schädigungen im Stirnhirnbereich.
 - Eine **Steigerung des Antriebs** äußert sich meist in einer unproduktiven Umtriebigkeit mit leichter Ablenkbarkeit bis hin zu Ideenflucht und Redeschwall. Sie geht vorwiegend auf eine Schädigung des hirn-basisnahen Stirnhirns (in der Nähe der Augenhöhlen) sowie der damit funktionell verbundenen Gehirnregionen zurück.

Veränderungen im zwischenmenschlichen Verhalten sind somit nach Schädel-Hirn-Verletzungen häufig zu erwarten. Sie gehen teils auf organische Schädigungen zurück, haben aber auch oft psychoreaktive Ursachen.

Die Folgen äußern sich entweder in einem Verlust zwischenmenschlicher Schwingungsfähigkeit (s. o.) und/oder in der Schwierigkeit, eine adäquate zwischenmenschliche Distanz zu wahren.

Insbesondere dieses Gemisch aus organischen und zwischenmenschlich bedingten psychoreaktiven Faktoren kann eine Reihe schwer fassbarer, vor allem nicht verstehbarer und scheinbar unvereinbarer Krankheitszeichen nach sich ziehen: resigniert, verzagt, ratlos, hilflos, Minderwertigkeitsgefühle, Angstzustände, Zwänge, Überempfindlichkeit, rasche Kränkbarkeit, Unzufriedenheit, Vorwurfshaltung, Reizbarkeit, Missmut, aufbrausend bis aggressiv, unschlüssig, Schuldgefühle, Beziehungsstörungen, Lebensüberdruß u.a.m.

Therapie/Rehabilitation

Im Akut-Stadium geht es vorwiegend um die Erhaltung des Lebens und die Vorbeugung von Folgeschäden, im Remissions-Stadium um gezielte Diagnostik

und Therapie, vor allem aber um eine Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung und gesellschaftlichen Reintegration. Im Grunde sollte die Rehabilitation deshalb schon auf der Intensivstation beginnen.

Möglich ist sie durch ein interdisziplinäres Team: Ärzte, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Psychologen u. a., am besten in neurologischen Rehabilitationseinrichtungen, und zwar wohnortnah (Angehörige!).

Die **Erfolge einer Rehabilitation** werden von folgenden Faktoren bestimmt:

Intelligenz und körperliche Verfassung vor dem Unfall; berufliche und soziale Situation; Ausmaß und Lokalisation der Hirnschädigung; Lebensalter (bei jungen Unfallopfern günstigere organische Ausgangslage, aber ungünstigerer sozialer Rahmen = keine abgeschlossene Ausbildung, keine feste Partnerbeziehung); familiäre und soziale Integration; versicherungsrechtliche Absicherung sowie allgemeine soziale Stützung.

Besondere Probleme ergeben sich in folgenden Bereichen:

- **Partnerschaft/Familie:** Schädel-Hirn-Verletzte haben eine deutlich höhere Scheidungsrate, nicht zuletzt durch seelische Veränderungen sowie sexuelle Störungen.

Die familiäre Stabilität hängt vor allem von der Dauer der Beziehung ab. Partnerbeziehungen bei jungen schwer Hirngeschädigten zerbrechen am ehesten. Dann drohen Rückgang sozialer Außenkontakte und Gefahr des Einzelgängertums, im Extremfall die soziale Isolation oder gar Abstieg. Manchmal werden ganze Familien in diesen Niedergang hereingerissen.

- **Beruf/Arbeitsplatz:** Häufig scheitert die berufliche Wiedereingliederung von schwer Schädel-Hirn-Verletzten an deren Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Große Probleme werfen auch Einschränkungen im geistigen Bereich auf.

So lauten die häufigsten *Klagen der Arbeitgeber*: Minderung des Gedächtnisses und der Umstellungsfähigkeit, allgemeine Verlangsamung und Leistungseinbußen, zunehmende Ermüdbarkeit, vermehrte Stimmungsschwankungen, erhöhte Streit-Neigung, ggf. Einzelgängertum.

Fazit: So sollte sowohl im Interesse des Betroffenen als auch unter sozioökonomischen Gesichtspunkten die Rehabilitation absoluten Vorrang vor allen übrigen sozialen Hilfen haben.

Weitere Einzelheiten zu dem Gesamt-Thema einschließlich entsprechender
Literatur-Hinweise deutschsprachiger Lehr- und Fachbücher
siehe das umfangreiche Kapitel *Gehirnschädigung und seelische Folgen*
in der Sparte *Psychiatrie heute* in dieser Internet-Serie

www.psychosoziale-gesundheit.net