

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

## GEHIRNTUMOR UND SEELISCHE FOLGEN

### Kurzfassung

Gehirntumore sind so alt wie die Menschheit. Doch als Diagnose, es reicht schon der Verdacht, wirken sie geradezu vernichtend auf den Betroffenen. Jeder kennt solche Situationen aus seinem Umfeld. Und jeder denkt das Gleiche: „hoffentlich nicht zu spät“.

Doch das genau ist der Punkt, der die Entscheidung bringt: gerettet oder verloren. Was also kann man tun, um rechtzeitig auf ein solches Schicksal aufmerksam zu werden? Die Antwort ist einfach und schwer zu gleich: Es ist das dafür notwendige Wissen, der entsprechende Kenntnisstand, das Aufmerksam-werden – und dann auch konsequent handeln. Sprich: den Arztbesuch, den man natürlich mehr fürchtet denn als hilfreiche Klärungs-Möglichkeit empfindet, besonders in unserer hoch-technisierten Welt mit Möglichkeiten, von denen unsere Vorfahren nicht zu träumen wagten.

Was aber kann der Betroffene und – wahrscheinlich noch effektiver – sein auch ausreichend informiertes Umfeld dafür tun? Man sollte wissen, welche Krankheitszeichen welchen Stellenwert haben könnten. Um dann nicht so sehr das zwar nachvollziehbare, aber ggf. folgenreiche Prinzip „Hoffnung“ zu strapazieren („wahrscheinlich ist es nichts und geht wieder vorbei“), sondern die Klärung der Medizin überlassen.

Dazu nachfolgende Kurz-Information.

### Erwähnte Fachbegriffe:

Gehirntumor – Hirntumor – Gehirngeschwulst – Tumor cerebri – raumfordernde intracranielle Prozesse – krankhafte Geschwulst-Bildung des Gehirns – primärer Hirntumor – Hirn-Metastasen – hirn-eigene Tumore – Häufigkeit von Gehirntumoren – Ursachen von Gehirntumoren – Warn-Hinweise für einen Gehirntumor – Gehirntumor-Lokalisation und seelische Folgen – Tumorsitz

und seelische Folgen – Stirnhirn-Tumor – orbito-frontaler Hirntumor – hoch-frontaler Hirntumor – Schläfenlappen-Tumor – Parietallappen-Tumor – Occipitallappen-Tumor – Kleinhirn-Tumor – Hirnstamm-Tumor – Stammganglien-Tumor – moderne Diagnose- und Therapie-Möglichkeiten eines Hirntumors – u. a. m.

Gehirntumor – ein Wort, das schon als Fachbegriff beunruhigt, als Krankheit das Fürchten lehrt und als Diagnose den Betroffenen in Resignation, Depression und Verzweiflung zu treiben vermag. Und zwar nicht nur ihn, auch seine Angehörigen, Freunde, ja Arbeitskollegen, Nachbarn u. a.

Gehirntumor: eine schreckliche Vorstellung mit einem scheinbar gnadenlosen Schicksal. Eines allerdings unterscheidet uns von unseren Vorfahren: die Behandlungsmöglichkeiten in jeglicher Form sind unvergleichlich besser als früher. Das setzt jedoch eine rechtzeitige Diagnose voraus. Auch sie – aus technischer Sicht – ein faszinierender Fortschritt.

Doch zu spät entdeckt sind die Erfolge von Diagnose und Therapie begrenzt. Und deshalb ist es so wichtig, die Warn-Symptome zu kennen, auch wenn sie ggf. schleichend beginnen, wie beispielsweise im seelischen und psychosozialen Bereich.

Gehirntumor, Hirntumor, Gehirngeschwulst, Tumor cerebri, raumfordernde intracranielle Prozesse u. a. ist eine krankhafte Geschwulst-Bildung innerhalb des Schädels. Sie kann entweder direkt vom Gehirn-Gewebe oder von den Hirnhäuten ausgehen. Dann nennt man sie einen primären Hirntumor. Im Gegensatz dazu entstehen die Tochtergeschwülste, die so genannten Hirn-Metastasen aus den Krebszellen, die ein Tumor in anderen Organen ins Gehirn gestreut hat (z. B. Lungen- oder Brustkrebs).

Hirn-eigene Tumore werden anhand ihrer Zell- und Gewebeart unterteilt in gutartige (benigne) und bösartige (maligne) Gehirntumoren (wobei aber auch gutartige Gehirntumore aufgrund ihres raum-greifenden Wachstums innerhalb einer unflexiblen Knochenstruktur lebens-bedrohlich werden können).

Einzelheiten zu den gutartigen bzw. bösartigen Hirntumoren siehe die Fachliteratur. Die Einteilung ist nicht immer einfach, da mitunter auch zunächst gutartige, langsam wachsende Geschwülste im weiteren Verlauf zu bösartigen Hirntumoren entarten können. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) teilt die Hirntumore daher in verschiedene Tumorgrade ein, d. h. von I (gutartig) über II (noch gutartig) und III (bereits bösartig) bis zum WHO-Grad IV (bösartig).

## Häufigkeit

Die Häufigkeit von Hirntumoren hält sich glücklicherweise in Grenzen. In Deutschland erkranken jährlich etwa 8.000 Menschen neu an unterschiedlichen Gehirntumoren. Einige sind häufiger, andere seltener vertreten, wobei auch das Alter eine Rolle spielen kann. Zwar kann ein Gehirntumor prinzipiell in jedem Alter entstehen, am häufigsten sind jedoch Menschen ab dem 40. Lebensjahr betroffen. Manche spezielle Hirntumore finden sich vor allem bei Kindern, ja sogar im Kleinkindalter. Der Anteil aller Gehirntumoren an der Gesamtheit der Tumor-Erkrankungen beträgt 7 bis 9%. Männer sind offenbar etwas häufiger betroffen.

## Ursachen

Die Ursachen für die Entstehung von Gehirntumoren sind bisher nicht völlig geklärt, obgleich die Forschung spürbare Fortschritte macht. Eindeutige auslösende Faktoren gibt es jedoch nicht. Allerdings können Gehirntumore nach einer vorangegangenen Schädelbestrahlung öfter auftreten. Auch kann es zu einer familiären Häufung kommen. Bei bestimmten Tumoren finden sich auch bestimmte genetische (Erb-)Veränderungen, die zur Krebsentstehung beizutragen vermögen. Auch werden verschiedene chemische Schadstoffe als Ursache diskutiert. Ein Einfluss elektromagnetischer Strahlung (z. B. von Hochspannungsmasten und Funktelefonen) konnte bisher nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden.

Überhaupt lassen sich Risikogruppen bezüglich Gehirntumor – im Gegensatz zu den meisten anderen Krebs-Erkrankungen – nicht mit der notwendigen Sicherheit objektivieren. Das betrifft z. B. das Rauchen oder übermäßigen Alkoholkonsum, Umwelteinflüsse, Stress oder außergewöhnliche seelische Belastungen, Elektrosmog, Infektionen, Impfungen, Schädel-Hirn-Verletzungen(?) u. a. Allerdings besteht hier noch bei den einzelnen Fragestellungen Forschungsbedarf (obgleich für andere Tumor-Arten bzw. -Lokalisationen einige dieser Ursachen durchaus infrage kommen).

## Beschwerdebild

Wie bereits erwähnt, kommt es beim Hirntumor auf eine besonders frühe Diagnose an. Und die ist eigentlich nur möglich, wenn der Betroffene (oder sein besorgtes, um Klärung bittendes Umfeld) mit dem vielleicht noch nicht so beunruhigenden, aber irgendwie ungewöhnlichen Beschwerdebild rechtzeitig den Arzt aufsucht. Man muss kein Hypochonder sein, um Gewissheit zu erlangen, besonders wenn bestimmte Symptome irritieren, wie sie nachfolgend dargestellt werden (s. u.).

Leider bleibt aber ein Hirntumor oft (über-)lange Zeit verborgen, da er zunächst kaum ernstere Beschwerden zu verursachen scheint. Und wenn, dann sind sie in den Augen des Patienten und seinem Umfeld eher uncharakteristisch, können zu allen möglichen Befindlichkeitsstörungen oder scheinbar erklärbaren Beeinträchtigungen passen. Auch darf man natürlich das Prinzip Hoffnung nicht unterschätzen („was nicht sein darf, das kann nicht sein...“). Gleichwohl gibt es eine Reihe von Hinweisen, von der „alltäglichen Befindenschwankung“ bis zum auffälligen Symptom.

- Dazu gehören vor allem neu auftretende Kopfschmerzen (die also nicht schon früher als Migräne-Attacken oder Spannungskopfschmerzen u. ä. belasteten). Und dies insbesondere nachts und in den frühen Morgenstunden, mit der Zeit heftiger werdend und im Liegen zunehmend, im Verlauf des Tages aber wieder zurückgehend. Dies betrifft etwa die Hälfte der Gehirntumor-Patienten. Kopfschmerzen dieser Art nehmen innerhalb weniger Tage oder Wochen stetig zu und lassen sich vor allem durch Schmerzmittel kaum unterdrücken. Sie können auch zusätzlich von Übelkeit und Erbrechen begleitet sein. In manchen Fällen treten aber auch keine Kopfschmerzen auf, was das Befinden erleichtert, die rechtzeitige Diagnose aber ggf. erschwert.

- Übelkeit und Erbrechen sind auch sonst in Kauf zu nehmen, und zwar eher ungewöhnlich, d. h. nicht mit einer Magen-Darm-Erkrankung in Verbindung zu bringen, und dann auch noch vorzugsweise in den frühen Morgenstunden und auf nüchternen Magen.

- Weitere Anzeichen für einen möglichen Gehirntumor sind schließlich Sehstörungen, Lähmungserscheinungen (z. B. Arm oder Bein), Gefühlsstörungen, Sprach- und Sprechstörungen, Koordinationsstörungen mit Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens (z. B. eine ungewöhnliche Ungeschicklichkeit), Gesichtsfeldausfälle, Abweichungen der so genannten Eigenreflexe, Orientierungsstörungen u. a. Auch ein zum ersten Mal auftretender epileptischer Krampfanfall (etwa jeder 4. Hirntumor-Patient?) muss diesbezüglich abgeklärt werden. Das Gleiche gilt für unwillkürliche Zuckungen eines Armes oder Beines oder gar einer ganzen Körperhälfte.

- Schließlich ist auch mit Persönlichkeits-Veränderungen, geistigen und seelischen Beeinträchtigungen zu rechnen, was besonders schwierig, d. h. rechtzeitig und gezielt registriert, zutreffend interpretiert und vom hinzugezogenen Facharzt dann auch diagnostiziert wird. Um was handelt es sich?

### **Gehirntumor-Lokalisation und seelische Folgen**

Wichtig zur rechtzeitigen Diagnose, wenn auch schwer einzuordnen, ja bisweilen zu erkennen, sind also seelische und psychosoziale Konsequenzen eines Gehirntumors. Denn sie gehören mit den Kopfschmerzen und ggf. epilepti-

schen Anfällen zu den Früh-Symptomen, in denen ein gezielter Eingriff noch die besten Heilungsaussichten hätte.

Dabei handelt es sich meist um Veränderungen im Verhalten: Der spontane Antrieb lässt nach, die Gemütsregungen stumpfen ab, das Interesse engt sich ein, der berufliche Einsatz geht zurück, die mitmenschlichen Beziehungen leiden oder schlafen ganz ein. In vielen Fällen erscheint die Persönlichkeit „entdifferenziert“, d. h. vergrößert oder wie „eingeebnet“.

Psychische Veränderungen sind vor allem bei Tumoren im Kindesalter häufig das einzige Frühsymptom (die Schädelnähte sind noch nicht geschlossen, weshalb es viel später zu Hirndruck-Symptomen und entsprechenden Kopfschmerzen kommt). Das plötzliche(!) Einsetzen von Verhaltensstörungen ist so lange auch auf einen raumfordernden Hirnprozess hin verdächtig, bis eine neurologisch-psychiatrisch-psychologische Abklärung auf diesem Gebiet zur Entwarnung berechtigt. Die wichtigsten Warn-Symptome in diesem Alter sind Teilnahmslosigkeit, Spielunlust, Leistungsabfall, Reizbarkeit und Gemütslabilität.

Die Erfassung von seelischen und psychosozialen Früh-Warn-Symptomen ist aber für jede Altersstufe entscheidend. Und sie beschränkt sich nicht nur im Rahmen möglicher raumfordernder Hirnprozesse auf Hirntumore, sondern schließt auch Hirn-Abszesse (Eitergeschwüre), Hirn-Ödeme (Verquellungen durch Flüssigkeitseinlagerung) sowie Hämatome (Blutergüsse zwischen den Hirnhäuten) ein. Auf was ist deshalb zu achten?

### **Tumorsitz und charakteristische Folgen**

Der Sitz des raumfordernden Hirnprozesses kann für das Beschwerdebild mitbestimmend sein, und zwar unabhängig und vor Ausbildung einer Drucksteigerung. Eine unbehandelte Hirndruck-Steigerung, von wo auch immer ausgehend, führt schließlich zu rasch zunehmender Bewusstseinstörung mit Benommenheit, Schläfrigkeit und Koma (nicht mehr erweckbar).

Vor diesem bedrohlichen Stadium aber lassen sich bereits bestimmte Symptom-Hinweise nutzen, je nach Lage des Gehirntumors. Im Einzelnen:

– Bei den **Stirnhirn-Tumoren** muss man in orbito-frontalen und hoch-frontalen Stirnhirn-Bereich unterscheiden:

Beim Befall des augenhöhlen-nahen Bereichs (orbitale Rinde) kann der Betroffene wie eine atypische Manie wirken: flache Euphorie mit distanzlosem Witzeln, irritierendem zwischenmenschlichem Verhalten (Fachbegriff: Verlust der

Wertvorstellungen; populär: „schlechte Kinderstube“), Enthemmung im sexuellen Bereich, aggressive Durchbrüche u. a.

Ist hingegen der obere Stirnhirn-Anteil betroffen (Fachbegriffe: Marklager und Convexität), werden die Patienten asportan, bis sie am Schluss überhaupt keine Initiative mehr entwickeln und stundenlang regungslos dasitzen, das Bett nicht mehr verlassen und sogar ihre Speisen halbzerkaut im Mund behalten. Auch die sprachlichen Äußerungen versiegen. Zielgerichtete Handlungen sind nur noch begrenzt anregbar. Die Antworten bleiben einsilbig, ein Gespräch ist am Ende nicht mehr möglich.

Dabei ist jede Umstellung erschwert: Hat sich der Betroffene einer Situation oder einem Objekt (Mensch, Tier, Gegenstand) zugewandt, ist er so darauf fixiert, dass er nur noch mit Mühe davon abgelenkt werden kann. Da die Eigeninitiative quasi ausgelöscht ist, wird die Auslieferung an die Umwelt umso stärker. Das äußert sich in so genannten Echo-Symptomen: Wiederholung des Gehörten (Echolalie), Wiederholung von Bewegungen des Gegenüber (Echopraxie), Wiederholungen von Handlungen und Worten (Perseveration) usw. Die Stimmung ist gleichgültig-indolent („wurstig“), der Gemütsbereich gleichsam „eingeebnet“. Das Bewusstsein kann ungestört sein.

Meist ist jedoch der obere oder untere Teil des Stirnhirns nicht so scharf bzw. abgegrenzt betroffen, so dass es auch nicht zu einem scharf getrennten Beschwerdebild kommt. Oft findet man deshalb beim gleichen Patienten eine verwirrende Symptom-Mischung wie z. B. Antriebsverlust und gleichzeitig flache Euphorie usw.

Auf jeden Fall wird das Krankheitsgeschehen in mindestens einem Fünftel der Fälle von Wesens- und Charakterveränderungen eingeleitet (besonders wenn auch noch der Schläfenlappen des Gehirns betroffen ist – s. u.). Die Folgen sind schwerwiegend, z. B. häufige Querelen, Verlust wichtiger sozialer Bezüge, am Schluss auch beruflicher bzw. sozialer Abstieg. Typisch ist auch eine eigenartig asportane Verhaltensweise bei jedoch erhaltener Fremderregbarkeit (allein reaktionslos, mit anderen tragbar).

– **Schläfenlappen-Tumoren:** häufig reizbar, verstimmbar, ängstlich oder depressiv. Nicht selten anfallsweise Halluzinationen, und zwar meist Geschmacks- und Geruchs-Sinnestäuschungen, mitunter aber auch akustische oder optische Trugwahrnehmungen. Typisch sind weiterhin Déjà vu-Erlebnisse („in dieser Form irgendwie schon einmal gesehen“), ferner illusionäre Verkennungen (verfälschte Wahrnehmung wirklicher Gegebenheiten) und Depersonalisations-Erscheinungen („ich bin nicht mehr ich“, „alles so weit weg, alles so sonderbar und komisch“). Mitunter auch flüchtige Störungen der Zeitwahrnehmung und des Körperbildes.

Bei Befall des basalen (unteren) Schläfenlappens kann auch das sexuelle Verhalten enthemmt sein. Psychotische (z. B. Sinnestäuschungen) und depressive Krankheitszeichen (verstimmbar und ängstlich) finden sich bei Schläfenlappen-Tumoren als Früh- und Erst-Symptome häufiger als bei allen anderen raumfordernden Prozessen (z. B. depressive Zustände in über der Hälfte der Fälle).

– **Parietallappen-Tumoren** des Scheitelbeins zeigen nur selten seelische Lokalsymptome, am ehesten schizophrenie-ähnliche Krankheitszeichen. Bei rechts-seitigem Sitz mitunter Verwirrheitszustände, inadäquate Gemüts-Reaktionen und depressive Verstimmungen.

– **Occipitallappen-Tumoren** des Hinterhaupts führen vor allem zu Gesichtsfeldstörungen, gelegentlich auch zu Sinnestäuschungen im ausgefallenen Gesichtsfeld. Hier kommt es rasch zu einem gefährlichen Hirndruck mit Einklemmung der entsprechenden Gehirnstrukturen und damit Gefahr der Bewusstseinsstrübung.

– **Kleinhirn-Tumoren** zeigen so gut wie keine seelischen Folgen, wohl aber eine ganze Reihe verwirrender neurologischer Symptome (Sehen, Sprechen, Stehen und Gehen usw.).

– **Hirnstamm-Tumoren** äußern sich oft in Antriebs- und Gemütsstörungen, vor allem in Unruhe und Enthemmung. Gelegentlich schwankt das Bild zwischen Verlangsamung bis zur Apathie und seelisch-körperliche Erregung. Im weiteren Verlauf drohen Bewusstseinsstrübung mit Störung von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Denken. Selten auch einmal phobisch-anankastische Bilder (z. B. Zwangsbefürchtungen). Bei Tumoren des 3. Ventrikels (Hirnkammer) können kurzfristig schizophrenie- oder manie-artige Symptome vorausgehen.

– **Stammganglien-Tumoren** führen vor allem zu Antriebsmangel, gemütsmäßiger Nivellierung sowie Bewusstseinsveränderungen.

Weitere Hinweise zum Thema Gehirntumor und seelische bzw. psychosoziale Folgen siehe die entsprechende Fachliteratur.

## Schlussfolgerung

Die überwiegende Zahl seelischer Störungen geht nicht auf einen raumfordernden Hirnprozess zurück. Deshalb scheint es nicht besonders wichtig, an eine solche Ursache zu denken. Für die „wenigen“ Prozent aber, die hierdurch betroffen sind und durch mangelnde Aufklärung, unzureichende Kenntnis und damit unterlassenes Daran-Denken viel zu spät diagnostiziert und damit ohne

den sonst möglichen Erfolg behandelt werden, ist es tragisch. Deshalb kann es nicht schaden, bei den erwähnten seelischen Symptomen und psychosozialen Folgen auch die Möglichkeit einer Raumforderung zu erwägen.

Denn die modernen diagnostischen Untersuchungsverfahren (z. B. körperliche Untersuchungen, Laborbefunde, Ultraschall-Untersuchung, Computertomographie - CT, Kernspintomographie - MRT, Knochenszintigraphie, Gewebeproben u. a.) und anschließende therapeutische Möglichkeiten (z. B. Strahlentherapie, Chemotherapie, Operation, ggf. mit anschließend Strahlen- und/oder Chemotherapie usf.) sind inzwischen so perfektioniert, dass die früher übliche, fast „schockartige Resignation“ bei der Diagnose „Gehirntumor“ nicht mehr begründet ist.

Vorausgesetzt man registriert und akzeptiert(!) das bisher ungewöhnliche Beschwerdebild und nutzt professionelle Hilfe – rechtzeitig.

## LITERATUR

Umfangreiche und vor allem erfolgreiche wissenschaftliche, diagnostische und therapeutische Bemühungen haben inzwischen zu einem ergiebigen Angebot an (Fach-)Literatur geführt. Nachfolgend nur einige Hinweise zu entsprechenden Übersichts-Werken.

*Arolt V., A. Diefenbacher (Hrsg.):* **Psychiatrie in der klinischen Medizin.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2004

*Berlit, P. (Hrsg.):* **Klinische Neurologie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999

*Faust, V.:* **Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

*Förstl, H. (Hrsg.):* **Klinische Neuro-Psychiatrie.** Thieme-Verlag, Stuttgart 2000

*Fröscher, W. (Hrsg.):* **Neurologie.** Verlag Walter de Gruyter, Berlin-New York 1991

*Goldhahn, G.:* **Psychopathologie der Tumoren des Großhirns.** Johann Ambrosius Bart-Verlag, Leipzig 1970

*Hopf, A., H. Beckmann (Hrsg.):* **Forschungen zur Biologischen Psychiatrie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1994

*Huber, D.:* **Klinik und Psychopathologie der organischen Psychosen.** In: K. P. Kisker u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986

*Hufschmidt, A., C. H. Lüking, S. Rauer (Hrsg.):* **Neurologie compact.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2009

*Poeck, K., Hacke, W.:* **Neurologie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2006

*Poeck, K.:* **Klinische Neuropsychologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1982

*Schüttler, R. (Hrsg.):* **Organische Psychosyndrome.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1993

*Tschuschke, V.:* **Psychoonkologie.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

*Oepen, G.:* **Psychische Ausdrucksformen neurologischer Krankheiten.** In: V. Faust: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

*Wetterling, T.:* **Organische psychische Störungen – hirnorganische Psychosyndrome.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2002