

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

GEHIRN-TUMOR

Kurz gefasste Übersicht zu seelischen, körperlichen und psychosozialen Folgen

Ein Gehirn-Tumor war von jeher ein Schicksalsschlag. Früher war man aber diesem Phänomen hilfloser ausgesetzt. In den meisten Regionen dieser Erde übrigens unverändert gleich. In den medizinisch besser versorgten und technisch fortgeschrittenen Nationen gibt es dafür hoffnungsvolle Ansätze, die man sich früher nicht zu erträumen wagte. Das setzt aber einen gewissen Kenntnisstand voraus, denn bevor die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der entsprechenden medizinischen Fachbereiche greifen können, sollte, ja muss man darauf aufmerksam werden, und zwar rechtzeitig. Das pflegen vor allem neurologische Krankheitszeichen zu sein, z. B. Lähmungen, Sehstörungen, epileptische Anfälle usw. Wichtig sind aber auch seelische und psychosoziale Folgen. Denn sie gehören zu den Früh-Symptomen, in denen ein gezielter Eingriff noch die besten Heilungsaussichten hätte. Am häufigsten sind Verhaltens-Änderungen bis hin zu (z. B. plötzlich einsetzenden) Verhaltensstörungen – jetzt nicht nur „ärgerlich“, sondern als Früh-Warn-Symptome zu interpretieren. Das ist zugebenermaßen nicht einfach, wer denkt schon dabei an einen so genannten „raum-fordernden Hirnprozess“, wie das fachlich heißt. Außerdem kommt es noch darauf an, wo sich dieser Tumor entwickelt. Denn es gibt unterschiedliche seelisch-körperliche Konsequenzen, je nachdem ob es sich um einen Stirnhirn-, Schläfenlappen-, Scheitelbein-, Hinterhaupts- oder anderen Tumor handelt. Muss man das wissen? In der Tat: Die überwiegende Zahl seelischer Störungen geht nicht auf einen raum-fordernden Hirnprozess zurück. Für die „wenigen“ Prozent aber, die hierdurch betroffen sind und durch mangelnde Aufklärung, unzureichende Kenntnis und damit unterlassenen Daran-Denken viel zu spät diagnostiziert werden, ist es tragisch. Daher kann es nicht schaden, sich selbst „nur“ bei Verdacht kundig zu machen, um dann wenigstens rechtzeitig den dafür zuständigen Facharzt (den Neurologen) aufzusuchen. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht.

Gehirn-Tumore (Fachbegriff: raumfordernde intracranielle Prozesse) äußern sich in neurologischen Symptomen (z. B. Lähmungen, epileptische Anfälle, Gesichtsfeldausfälle, Abweichungen der Muskelreflexe), in neuropsychologischen Störungen (z. B. Orientierung, sprachabhängige Leistungsstörungen), gelegentlich auch in anderen Krankheitszeichen (z. B. Blutdruck). Schließlich in apparativ objektivierbaren Störungen (z. B. Elektroenzephalogramm (EEG), Computertomographie, Kernspintomographie, Elektromyogramm) usw.

Wichtig sind aber auch seelische und psychosoziale Konsequenzen. Denn sie gehören mit den Kopfschmerzen und epileptischen Anfällen zu den Frühsymptomen, in denen ein gezielter Eingriff noch die besten Heilungsaussichten hat.

Am häufigsten sind *Verhaltens-Veränderungen*: 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“ oder „vergrößert“.

Das *plötzliche(!)* Einsetzen von Verhaltensstörungen ist so lange auch auf einen raumfordernden Hirnprozess verdächtig, bis eine neurologisch-psychiatrisch-psychologische Abklärung auf diesem Gebiet zur Entwarnung berechtigt.

Psychische Veränderungen sind vor allem bei *Tumore im Kindesalter* häufig das einzige Frühsymptom (die Schädelnähte sind noch nicht geschlossen, weshalb es viel später zu Hirndrucksymptomen und entsprechenden Kopfschmerzen kommt). Die wichtigsten Warnsymptome 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 Hirnabszesse (Eitergeschwüre), Hirnödeme (Verquellungen durch Flüssigkeitseinlagerung) sowie Hämatome (Blutergüsse zwischen den Hirnhäuten) ein. Auf was ist deshalb zu achten?

SEELISCHE STÖRUNG UND TUMOR-LOKALISATION

Der Sitz des *raum-fordernden Hirnprozesses* kann für das Beschwerdebild mitbestimmend sein, und zwar unabhängig und vor Ausbildung einer Drucksteigerung. Eine Hirndrucksteigerung, 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 Hinweise nutzen, je nach Sitz der Ursache:

- **Stirnhirn-Tumore**

Bei den *Stirnhirn-Tumore* ist zu unterscheiden zwischen dem orbitalen und hochfrontalen Stirnhirnbereich. Im Einzelnen:

- Beim **orbitalen Tumor**, also augenhöhlen-nahen Bereich (orbitale Rinde), wirkt der Patient wie eine atypische Manie (krankhafte Hochstimmung): flache Euphorie (inhaltsloses Wohl- bis Glücksgefühl) mit distanzlosem Witzeln, irritierendem zwischenmenschlichem Verhalten (Fachbegriff: Verlust der Wertvorstellungen; populär: „schlechte Kinderstube“), Enthemmung im sexuellen Bereich, aggressive Durchbrüche u. a.
- Beim **hochfrontalen Stirnhirn-Befall**, bei dem der obere Stirnhirn-Anteil betroffen ist (Fachbegriffe: Marklager und Konvexität), werden die Patienten asponsan, 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. Jede Umstellung ist erschwert: Hat sich der Betroffene einer Situation oder einem Objekt (Mensch, Tier, Gegenstand) zugewandt, ist er so darauf fixiert, dass er nur noch schwer abgelenkt werden kann.

Da die Eigeninitiative quasi ausgelöscht ist, wird die Auslieferung an die Umwelt umso stärker. Das äußert sich in sogenannten 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 hingegen 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 exakt trennbaren Beschwerdebild kommt. Oft findet man deshalb beim gleichen Patienten eine verwirrende Symptom-Mischung wie z. B. Antriebsverlust und gleichzeitig flache Euphorie usw.

Das Krankheitsgeschehen wird häufig von Wesens- und Charakterveränderungen eingeleitet (besonders wenn auch noch der Schläfenlappen des Gehirns betroffen ist).

Die Folgen sind schwerwiegend, z. B. häufige Querelen, Verlust wichtiger sozialer Bezüge, am Schluss auch beruflicher bzw. sozialer Abstieg. Typisch ist auch eine eigenartig asponsante Verhaltensweise bei jedoch erhaltener Fremderregbarkeit (allein reaktionslos, mit anderen tragbar).

- **Schläfenlappen-Tumore**

Patienten mit *Schläfenlappen-Tumore* erscheinen häufig als 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.

Schizophren erscheinende (z. B. Sinnestäuschungen) und depressive Krankheitszeichen (verstimmbar und ängstlich) finden sich bei Schläfenlappen-Tumore als Früh- und Erstsymptome öfter als bei allen anderen raumfordernden Prozessen (z. B. depressive Zustände in über der Hälfte der Fälle).

- **Parietallappen-Tumore des Scheitelbeins**

Parietallappen-Tumore des Scheitelbeins zeigen nur selten seelische Lokalsymptome, am ehesten schizophrenie-ähnliche Krankheitszeichen. Bei rechtsseitigem Sitz mitunter Verwirrheitszustände, inadäquate Gemüts-Reaktionen und depressive Verstimmungen.

- **Occipitallappen-Tumore des Hinterhauptes**

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

- **Tumore des Kleinhirns**

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

- **Tumore des Hirnstamms**

Hirnstamm-Tumore äußern sich oft in Antriebs- und Gemütsstörungen, vor allem mit Unruhe und Enthemmung. Gelegentlich schwankt das Bild zwischen Verlangsamung bis zur Apathie und seelisch-körperlicher Erregung. Im weite-

ren Verlauf drohen Bewusstseinstörung mit Störung von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Denken. Selten auch einmal phobisch-anankastische Bilder (z. B. Zwangsbefürchtungen).

Bei Tumore des 3. Ventrikels (Hirnkammer) können kurzfristig schizophrenie- oder manie-artige Symptome vorausgehen.

- **Tumore der Stammganglien**

Stammganglien-Tumore äußern sich vor allem in Antriebsmangel, gemütsmäßiger Nivellierung sowie Bewusstseinsveränderungen.

Schlussfolgerung

Deshalb nochmals: Die überwiegende Zahl seelischer Störungen geht nicht auf einen raum-fordernden Hirnprozess zurück. Daher 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. Bei den heutigen diagnostischen Möglichkeiten muss hier auch nicht lange in Angst und Ratlosigkeit gewartet werden, bis die Diagnose gesichert ist. Danach aber ist zweierlei klar: Entweder gibt es keinen organischen Befund und man kann sich auf die seelischen oder anderen Ursachen konzentrieren oder es gibt einen Tumor, der dann aber auch im Frühstadium und somit erfolgreich operiert werden kann.

Weitere Einzelheiten zum Thema siehe auch die Kapitel *Gehirnschädigung und seelische Folgen* sowie *Gehirntumor und seelische Folgen* in der Sparte *Psychiatrie heute* in dieser Internet-Serie

www.psychosoziale-gesundheit.net